UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 20

Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1931

PAR

EZES Henri

Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat du Prix Poisson (1929)
Ancien Aide d'Anatomie à la Faculté

né le 14 Octobre 1904 à Rabastens (Tarn)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique obstetricale et puériculture du 1er âge ..... *Président*

HOUËL, agrégé (obstétrique) ..... } *Juges*
FERRARI, agrégé (chirurgie) ..... }
MOGGI, agrégé (chirurgie) ..... }

ALGER - IMP. FERRARIS

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 20

Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1931

PAR

EZES Henri

Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat du Prix Poisson (1929)
Ancien Aide d'Anatomie à la Faculté

né le 14 Octobre 1904 à Rabastens (Tarn)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique obstetricale et puériculture du 1er âge ..... *Président*

HOUËL, agrégé (obstétrique) }
FERRARI, agrégé (chirurgie) } *Juges*
MOGGI, agrégé (chirurgie) }

ALGER - IMP. FERRARIS

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBLANC (✲, ⚚, I. ⚘).
DOYEN HONORAIRE	HÉRAIL (✲, I. ⚘).
ASSESSEUR	GILLOT (I. ⚘).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ⚘).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ⚘).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✲, ⚚, I, ⚱)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✲, ⚚, I. ⚱).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✲, ⚚, I. ⚘).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (⚚, I. ⚘).
Clinique médicale	AUBRY (✲, ⚚, I. ⚱).
Histologie et Embryologie	WEBER (✲, ⚚, I. ⚘).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ⚱).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✲, I. ⚘).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✲, O. ⚚, I. ⚘).
Physiologie	TOURNADE (O. ✲, ⚚, I, ⚘).
Pharmacie	MUSSO (I. ⚘).
Médecine légale	GIRAUD (O ✲, ⚚, I. ⚱)
Anatomie	LEBLANC (✲, ⚚, I. ⚘).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✲, I. ⚱).
Physique médicale	PORTES (✲, ⚚, I. ⚘).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✲, ⚚, I. ⚘).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (⚚, A. ⚘).
Chimie minérale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ⚘).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ⚱).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ⚱).
Thérapeutique	LEBON (✲, ⚚, A. ⚱).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER, agrégé (⚚) Histologie

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✲. I. ⚘). VINCENT (✲, I. ⚘). HERAIL (✲, I. ⚘). SOULIÉ (✲, I. ⚘).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (✲, ⚚, I. ⚘).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (✲, ⚚).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ⚱) FERRARI (I. ⚘). MOGGI (✲).
Médecine	N.... N....
Physiologie	HERMANN (⚚, A. ⚘).
Anatomie	RIBET (⚚, A. ⚱).
Chimie médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✲, ⚚, A. ⚘).
Histologie	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536512_0051

DU MÊME AUTEUR

Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux (en collaboration avec M. le Professeur agrégé POROT : *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, juin 1926).

Invagination iléo-colique de l'adulte à marche subaiguë (en collaboration avec MM. les Docteurs BENHAMOU et GOINARD : *Soc. de Chirurgie d'Alger*, avril 1928).

Les artères de la trompe utérine (*Travaux du Laboratoire d'Anatomie de la Faculté d'Alger*, 1929, p. 3).

Recherches sur les Berbères (membres inférieurs). (*Folia Morphologica, Warsawa*, 1928, 1929 et 1930).

L'opération de Portes à la Maternité d'Alger (*Mémoire pour le Concours du Prix Poisson* 1929).

Sur un point de vascularisation tubaire : application à l'excision partielle des trompes (en collaboration avec M. le Professeur LAFFONT : *Soc. Obst. et Gyn. Alger*, séance du 13 avril 1929 ; *In Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, n° 8, oct. 1929, p. 526).

Le sérum de Normet dans les anémies aiguës obstétricales (en collaboration avec M. le Professeur LAFFONT : *Soc. Obst. et Gyn. Alger*, séance du 14 décembre 1929 ; *In Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, n° 3, mars 1930, p. 180).

La sérothérapie anti-colibacillaire dans le traitement de la pyélo-néphrite gravidique (en collaboration avec M. le Professeur LAFFONT : *Idem*, p. 183).

Un cas d'allongement hypertrophique du col (en collaboration avc M. le Docteur SÉSINI : *Idem*, p. 187).

Césarienne supra-symphysaire pour atrésie du col consécutive à des cautérisations au caustique de Filhos (en collaboration avec M. le Docteur SÉSINI : *Idem*, p. 188).

Encéphalocèle frontale chez un nouveau-né avec hydrocéphalie ventriculaire (en collaboration avec M. le Docteur BINET : *Idem*, p. 195).

Un cas d'hydramnios aigu (en collaboration avec M. le Docteur SÉSINI : *Soc. Obst. et Gyn. d'Alger*, séance du 15 fé-

vrier 1930 ; *In. Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, n° 6, juin 1930, p. 428).

Péritonite diffusée post-abortum : drainage abdominal et Mickulicz à la phase présuppurative. Guérison (en collaboration avec M. le Professeur agrégé HOUEL : *Idem*, p. 426).

Un cas d'hypoplasie congénitale de l'intestin grêle et du côlon (avec la collaboration de M. le Docteur MONTPELLIER : *Soc. Anat. Paris*, séance du 3 avril 1930 ; *In. Annales d'Anatomie Pathologique*, tome VII, n° 4, avril 1930).

Des phénomènes sensitifs cutanés à distance en gynécologie (avec la collaboration de M. le Professeur LAFFONT : *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1930, p. 374).

Etude des délivrances manuelles pratiquées à la Maternité d'Alger, de 1905 à 1930 (avec la collaboration de M. le Professeur agrégé HOUEL : *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1930, p. 413).

Paraplégie corticale traumatique. Observation anatomo-clinique (avec la collaboration de M. le Docteur A. LÉVY VALENSI, médecin des hôpitaux : *L'Encéphale* (Paris), tome XXV, n° 9, novembre 1930, p. 667).

Un cas d'agénésie complète d'un segment d'intestin grêle ayant donné lieu à un accident peu banal (avec la collaboration de M. le Professeur LAFFONT : *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 16 mai 1931).

Un cas d' « agénésie cutanée périombilicale de Vargas » (en collaboration avec M. le Docteur SCHEBAT : *Idem*).

Deux cas de « douleur élevée » au cours de l'évolution de grossesses angulaires (en collaboration avec M. le Docteur SCHEBAT : *Idem*).

Je dédie cette thèse :

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Docteur A. LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique obstétricale et de puériculture

du premier âge

A mes Juges :

Monsieur le Professeur Agrégé HOUEL
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé MOGGI
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mon Maître

Monsieur le Professeur LEBLANC

Chevalier de la Légion d'Honneur

Doyen de la Faculté mixte de Médecine

et de Pharmacie d'Alger

A mon Maître

Monsieur le Professeur Agrégé VANLANDE

du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien en chef de l'Hôpital Maillot

AUX CAMARADES

de l'Hôpital militaire de Casablanca

et de l'Ambulance de Kasba-Tadla

(Maroc 1930-1931)

A mes Maîtres dans les hôpitaux

STAGE

1923-24

M. le Professeur CURTILLET (in memoriam)
M. le Professeur ARDIN-DELTEIL (in memoriam)

EXTERNAT

1924-25

M. le Professeur COSTANTINI
M. le Professeur GILLOT

INTERNAT

1925-26

M. le Professeur CANGE
M. le Docteur GOINARD

1926-27

M. le Professeur ARDIN-DELTEIL (in memoriam)
M. le Professeur RAYNAUD
M. le Professeur LAFFONT

1927-28

M. le Docteur BENHAMOU
M. le Docteur PELISSARD

1928-29

M. le Professeur ARDIN-DELTEIL (in memoriam)
M. le Professeur LAFFONT

1930

M. le Professeur LAFFONT

1931

M. le Professeur LAFFONT

Introduction

La plupart des affections annexielles se traduisent par un même syndrome douloureux pelvien de siège imprécis avec des irradiations multiples, des modalités variables autour d'un type bien défini par Pozzi sous le nom de syndrome pelvien. La douleur est habituellement hypogastrique irradiant vers les lombes, le périnée, la racine des cuisses et les fosses iliaques.

Mais, en dehors de ces douleurs plus ou moins caractéristiques parce que l'on peut les rapporter directement aux lésions locales, il en est d'autres non moins importantes de siège paradoxal pouvant se manifester à distance du foyer pelvien, soit du même côté que lui, soit du côté opposé. Il semble donc que nous devons à l'heure actuelle nous dégager parfois de la notion du phénomène douloureux local et admettre que la douleur peut ne pas être localisée au lieu même de la lésion, mais ressentie à distance.

Ces douleurs à distance de notion moins courante que les premières ne sont connues que depuis ces dernières années. Elles empruntent leur intérêt réel non seulement à leur importance diagnostique considérable, mais encore au problème pathogénique très important qu'elles soulèvent.

L'attention n'a guère été attirée sur elles que depuis 1919, date à laquelle M. A. Laffont, dans une publication sur « *La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine* », en précisait l'importance clinique et les attribuait à un réflexe d'ordre sympathique. Les premières observations de cet auteur sont d'ailleurs antérieures à cette date et déjà, en

1913, il avait observé la douleur élevée dans un certain nombre d'affections chirurgicales du petit bassin, telles que torsion tubaire, enclavement de kystes de l'ovaire dans le ligament large, etc... La publication de M. A. LAFFONT dépassait dès sa parution le cadre de la simple séméiologie, elle apportait autre chose qu'un signe de plus, un élément de clarté nouveau dans cette affection si protéïforme qu'est la grossesse extra-utérine : elle posait le problème de la douleur viscérale, d'une importance capitale, loin d'être encore résolu, question d'avant-garde au moment où elle parut et, comme telle, ayant soulevé bien des controverses et provoqué des jugements contradictoires.

Cette étude de la sensibilité viscérale fut pendant longtemps un « no man's land » que les neurologues n'ont pas jugé digne d'attention parce que ses bases anatomiques et physiologiques étaient insuffisamment précises. Par contre, de nos jours, à la lumière des notions anatomo-physiologiques nouvelles du sympathique que nous devons à l'école anglaise avec GASKELL et LANGLEY, elle a vu éclore une littérature immense de documentation volumineuse, mais insuffisamment sélectionnée. Par ailleurs, la méthode chirurgicale, en faisant varier brusquement certains des facteurs qui influent sur la douleur et en modifiant les conditions anatomiques de sa conduction, a permis des constatations objectives et a placé ce problème de la douleur viscérale sur un terrain expérimental.

Enfin, la méthode des injections para-vertébrales pratiquées suivant la technique de KAPPIS, LÆWEN et MANDL, la thérapeutique dermique (LEMAIRE) dans le traitement des viscéralgies, ont permis de faire des constatations du plus haut intérêt pour une plus

subtile connaissance du mécanisme de la propagation centripète des excitations génératrices des douleurs.

Mais cette étude des douleurs viscérales ne semble guère avoir intéressé que le cardiologue et c'est presque exclusivement à l'étude du mode de production et du traitement des douleurs périphériques de l'angine de poitrine que les auteurs se sont attachés. Récemment, il est vrai, RIST a attiré l'attention sur les manifestations thoraciques élevées dans les affections de l'estomac, mais dans la sphère génitale, à l'exception des travaux de LAFFONT, MURET, POUEY et STAJANO, KRAUL et STANCA, il ne semble pas que les douleurs à distance aient suscité un intérêt réel.

Au cours de nos différents stages d'interne dans le service de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, nous avons pu observer un certain nombre de douleurs élevées dans les affections des annexes et surtout dans les accidents d'évolution de la grossesse extra-utérine.

La fréquence de ces douleurs quand on les recherche systématiquement, l'intérêt des discussions pathogéniques qu'elles soulèvent, la contribution qu'elles peuvent apporter au problème des manifestations périphériques de la douleur viscérale, nous ont paru devoir être largement soulignés à la lumière de faits récemment observés. Ces considérations suffiraient à justifier notre travail.

Après avoir fait une analyse succincte des travaux et des observations relatives aux douleurs à distance en gynécologie, nous donnons la relation d'un certain nombre d'observations dont la plupart, inédites, appartiennent à la Clinique obstétricale d'Alger. Nous étudions ensuite la symptomatologie de la douleur élevée et, après avoir rappelé l'état

actuel de nos connaissances sur les divers modes d'expression de la douleur viscérale, nous essayons de donner une interprétation pathogénique rationnelle de cette douleur élevée, basée à la fois sur des arguments cliniques thérapeutiques et expérimentaux.

Historique

Historique

Depuis longtemps la douleur de l'épaule droite est un signe bien connu de tous ceux qui s'occupent de chirurgie abdominale ; mais il semble qu'elle ait été surtout décrite dans les affections de l'abdomen supérieur : collection sous-phrénique, abcès ou kyste de la face convexe du foie, contusions spléniques accompagnées ou non d'éclatement de la rate, etc..., et considérée à ce titre comme la manifestation d'une atteinte plus ou moins marquée de la zone diaphragmatique. Envisagée ainsi, elle fait partie de la symptomatologie de la pathologie chirurgicale du ventre supérieur et est depuis longtemps classique.

Par contre, l'existence au cours des affections gynécologiques de douleurs se manifestant à distance du foyer pelvien, en différents points des régions scapulaire ou thoracique, est une notion d'acquisition récente. C'est à LAFFONT que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur ces douleurs élevées qu'il a particulièrement bien étudiées dans les ruptures de grossesse extra-utérine.

Si on se reporte aux publications antérieures à celles de LAFFONT, on voit que, s'il est parfois vaguement question de douleurs plus ou moins éloignées de la sphère génitale, les auteurs n'y attachent aucune importance, n'y voient qu'un syndrome douloureux dû à une irradiation plus ou moins lointaine de la douleur tubaire et aucune interprétation ne découle des observations faites.

Cependant, cette localisation anormale de la douleur avait parfois fait errer un diagnostic, témoin cette observation de W.-A. STOTT rapportée par CHOYAU en 1898 : il s'agissait d'une femme présen-

tant tous les signes cliniques d'une rupture de grossesse extra-utérine mais chez laquelle, quelque temps après le début du tableau classique de l'hémorragie interne, une douleur était apparue, localisée au niveau de la région stomacale, augmentant dès que la malade absorbait quelque chose, ce qui fit abandonner le diagnostic d'inondation péritonéale précédemment posé pour celui de perforation d'ulcus duodénal. On s'aperçut à l'intervention que c'était bien d'une rupture de la trompe gravide qu'il s'agissait.

Une autre publication due à ŒLHECKER et parue dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Hambourg,* en 1913, mérite d'être signalée : cet auteur rapportait deux cas de douleur de l'épaule survenue au cours d'accidents ectopiques et s'était demandé s'il ne fallait pas l'attribuer à une irritation au niveau du diaphragme des terminaisons du nerf phrénique qui est, on le sait, anastomosé avec la 4e paire cervicale d'où partent également les branches sus-claviculaires et sus-acromiales du plexus cervical superficiel.

C'est M. A. LAFFONT qui, pour la première fois en 1919, attira l'attention sur les douleurs à distance dans les affections des annexes en décrivant « *le signe de la douleur tardive élevée dans la rupture tubaire* ». Après avoir analysé, dans les onze observations qu'il rapporte, cette douleur à distance apparue tardivement dans le cortège symptomatique, il la définit ainsi : « La douleur élevée, c'est l'apparition au cours d'une grossesse tubaire d'un point douloureux localisé dans la zone thoracique, scapulaire, ou même thoraco-braciale. Elle est tardive, c'est-à-dire qu'elle succède toujours ou presque toujours à la douleur pelvienne *en coup de poignard* de la fosse iliaque, qu'il est classique de décrire dans

la grossesse extra-utérine rompue. Elle est complètement indépendante de la douleur pelvienne, pouvant apparaître sans que celle-ci se soit manifestée, pouvant persister alors que la première a disparu et que la trompe déchirée par la rupture a été enlevée. »

Au début, comme ŒLHECKER, M. A. LAFFONT a cru que cette douleur pouvait être due à l'irritation des filets du phrénique par l'hémorragie qui atteint le diaphragme et il a pensé que la période de silence entre la douleur pelvienne et la douleur de l'épaule ou thoracique était celle pendant laquelle le sang, emplissant la cavité péritonéale, parvenait à la coupole diaphragmatique. C'était l'explication première qui s'imposait, mais il a vu par la suite des cas nombreux où on ne trouvait que quelques petits caillots ou encore un pelvis cloisonné avec hémorragie limitée au Douglas. Par ailleurs, cet auteur rappelle que, dès 1913, il avait observé cette douleur élevée dans bon nombre d'affections chirurgicales du petit bassin, telles que torsions tubaires, lésions annexielles prolabées et incluses dans le Douglas ou le ligament large. Dans tous ces cas, il n'existait pas de liquide libre dans le péritoine, donc pas de cause susceptible d'irriter le diaphragme. Il rappelle aussi combien les traumatismes les plus légers du Douglas peuvent entraîner des modifications à distance, telles que la mise en jeu des contractions diaphragmatiques et intercostales (signe du Douglas d'ALBERTIN, cri de l'Esplanade de RICHELOT et JAYLE). Pour toutes ces raisons, il croit pouvoir attribuer l'apparition de la douleur élevée à une simple irritation du péritoine pelvien par le sang épanché dans le cul-de-sac postérieur, engendrant un réflexe d'ordre sympathique.

De nombreux auteurs, dont l'attention avait été mise en éveil par la publication de M. LAFFONT, ont

analysé à leur tour minutieusement la symptomatologie douloureuse des affections gynécologiques, surtout des ruptures tubaires, et ont signalé l'existence de douleurs à distance.

En 1920, PHELIP (de Vichy) publie un cas de grossesse tubaire gémellaire rompue avec douleur thoracique gênant la respiration. Il insiste sur cette douleur particulièrement violente et précoce qui coïncidait avec une hémorragie péritonéale d'une grande abondance.

En 1922, THOMAS (de Strasbourg) rapporte une intéressante observation ayant trait au diagnostic précoce de la rupture dans les premières semaines. La malade auprès de laquelle il a été appelé a été prise brusquement de douleurs abdominales et de vomissements suivis de violentes douleurs ayant leur maximum dans l'hypocondre et l'épaule droits et qui purent faire croire à une colique néphrétique. Ici, aussi, l'hémorragie fut rapide et abondante et la douleur élevée se manifesta précocement après la rupture, masquant les autres symptômes.

En 1922, DEWES, dans une courte publication, relate un cas observé par lui dans lequel, après une douleur abdominale des plus intenses, apparut une douleur très vive entre les deux épaules. Ces douleurs avaient une acuité telle qu'il crut devoir pratiquer un examen des articulations. Après ouverture de l'abdomen il s'aperçut qu'il s'agissait d'une inondation péritonéale.

La même année un autre auteur allemand, FÉLIX, faisait mention des douleurs élevées en gynécologie, mais ne tirait aucune conclusion des faits observés.

Presque en même temps, un auteur argentin, CARLOS STAJANO, a décrit un *syndrome réactionnel douloureux du ventre supérieur* provoqué à distance par

une lésion pelvienne pouvant simuler une affection des organes propres sous-jacents à la région douloureuse (vésicule, duodénum, pancréas, côlon). Il a constaté que cette réaction haute venue des organes pelviens pouvait faire son apparition au cours d'une lésion annexielle évidente ; quelquefois, au contraire, elle était la première manifestation de la maladie pelvienne. Cet auteur a été frappé de l'alternance des douleurs pelviennes et de la réaction phrénique et l'a désignée sous le nom de *bascule diaphragmatico-pelvienne*. C'est surtout dans les cas de flambée gonococcique qu'il a observé le syndrome ; par contre, il serait absent dans les vieilles salpingites purulentes (LAFFONT et FERRARI l'ont observé dans ces mêmes cas), ou même avec des lésions très volumineuses lorsque le péritoine n'a été touché que d'une façon très légère. Ce mécanisme de production de la douleur à distance s'expliquerait pour lui par une propagation suivant le trajet des nerfs sous-péritonéaux ; si la région phrénique réagit plutôt que toute autre c'est qu'elle a une innervation éminemment riche en plexus nerveux très voisins du péritoine, en raison de la minceur même du tissu cellulaire propre à cette région. Le reste du péritoine abdominal, par contre, est séparé des gros troncs nerveux sous-jacents par un tissu cellulaire très épais. En raison même de la nature essentiellement superficielle de la congestion gonococcique, seules les terminaisons nerveuses phréniques dépouillées de défense conjonctivo-vasculaire vont réagir d'une façon précoce et violente, donnant lieu à une douleur sous-costale pouvant simuler une cholécystite calculeuse ; c'est un point pseudo-vésiculaire. Il y a donc des réactions phréniques d'origine génitale et elles attirent l'attention alors que les étages moyen et pelvien peuvent rester silencieux.

En 1923, MURET (de Lausanne) publie un article très documenté sur « La localisation habituelle ou paradoxale de certaines douleurs en gynécologie » ; il y décrit, à côté de douleurs plus ou moins caractéristiques paraissant être réellement produites par des lésions d'organes auxquels elles peuvent être rapportées directement, des phénomènes douloureux caractérisés par une sensibilité excessive à la moindre pression, surtout marquée au niveau de l'émergence des filets nerveux superficiels. Ces manifestations algiques peuvent, d'autre part, être provoquées par le pincement de la paroi, alors que la palpation profonde démontre que les organes sous-jacents ne sont pas sensibles. Il rappelle les travaux de HEAD qui fait de ces douleurs des névralgies réflexes, et les considère comme le mode d'expression de la douleur viscérale. En particulier, cet auteur, qui a établi un tableau de zones extérieures d'hyperesthésie cutanée et de névralgie correspondant chacune aux lésions d'un viscère, mais toujours du même côté que ce viscère, a constaté que les douleurs de la zone cervico-nuchale et thoracique supérieure répondaient parfois à une lésion des organes pelviens. MURET a observé, en outre, dans certaines paramétrites cicatricielles que la douleur peut se manifester du côté opposé au siège de la lésion, et il croit voir « dans cette localisation croisée de la douleur la preuve même de sa nature réflexe ».

En 1924 et 1925, dans deux publications différentes, M. LAFFONT reprend l'étude du signe de la douleur tardive élevée dans la grossese extra-utérine rompue. Selon lui, l'interprétation que donne DEWES et ŒHLECKER pour expliquer les douleurs scapulaires est inadmissible dans les cas où l'hémorragie n'a pas dépassé la sphère pelvienne. Il fait état des travaux de MURET sur les localisations paradoxales dont

il a été question plus haut, de LEBAR sur les hyperesthésies systématisées et les troubles connexes, et rapproche ces observations des douleurs périphériques décrites par HEAD. Après une analyse minutieuse des onze observations qu'il a apportées en 1919 et de neuf autres qu'il publie à ce moment, il nous fait part de sa conviction que la douleur élevée doit être due à un réflexe sympathique ayant pour point de départ la réplétion du Douglas ou, mieux, l'irritation du péritoine pelvien.

MATHIEU et GUIBAL, en 1924, ont rapporté deux cas de phénomènes douloureux paradoxaux. Dans une première observation, il existait des douleurs de l'épaule, du bras et de l'avant-bras du côté opposé à la rupture tubaire. Dans un second cas, ils ont observé que la palpation de la fosse iliaque du côté opposé à la rupture pouvait réveiller la douleur haute, interscapulaire.

GUILEMIN en 1924, MICHEL et VERMELIN en 1925 n'ont noté comme seuls signes douloureux de rupture tubaire qu'une douleur épigastrique avec hyperesthésie de la paroi.

DUBOUCHER, en 1925, à propos d'un cas de grossesse tubaire récidivée et après avoir analysé la succession dans le temps des différents types de douleurs observées dans l'évolution de la grossesse extra-utérine, considère la douleur élevée et, tout en précisant qu'elle n'est pas spécifique d'une fixation anormale de l'œuf, il estime que sa valeur diagnostique n'en subsiste pas moins avec toute son importance. La même année, dans une autre observation publiée avec SARROUY, il relate l'observation d'une femme présentant une inondation péritonéale d'ori-

gine ovarienne, et chez laquelle il existait une contracture extrêmement marquée des muscles de la nuque rejetant la tête en arrière.

RIOTTE, en 1925, a rapporté un cas de douleur de l'épaule droite apparue six heures après la douleur pelvienne du même côté ; son observation présentait un grand intérêt du fait qu'il s'agissait d'avortement tubaire, apportant ainsi un appoint sérieux à l'hypothèse de LAFFONT, d'après laquelle la douleur tardive élevée n'aurait pas son origine dans la rupture de la trompe, mais dans l'irritation du péritoine pelvien par le sang épanché.

Les auteurs étrangers eux aussi ont, à peu près à cette époque, observé la douleur de l'épaule : ROCHE (de Londres) se borne à la mentionner, et CORNERE (de Boston) insiste sur les indications que peut donner l'apparition des points douloureux scapulaires dans l'établissement du diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine ; il estime qu'ils traduisent l'arrivée du sang sous la coupole diaphragmatique et commandent l'intervention d'urgence.

VIRGIL IONESCU, dans un travail paru en 1924 sur « Le signe de LAFFONT dans la grossesse extra-utérine rompue » insiste sur sa fréquence (sept fois sur onze), tout aussi grande que celle de la rapidité classique du pouls ; il admet que cette douleur est bien le fait d'un réflexe viscéro-sensitif, mais dont le point de départ serait dans la déchirure de la trompe, ce qui est en contradiction avec l'opinion de LAFFONT.

En 1925, SABATIER consacre sa thèse inaugurale à « *La douleur tardive élevée dans la rupture tubaire* ». Il l'analyse minutieusement, la considère comme l'expression d'un réflexe à point de départ péritonéal déclenché par l'épanchement sanguin dans la séreuse abdominale. Elle peut siéger du côté correspondant

à la trompe rompue, mais parfois aussi du côté opposé, réalisant le type de la *douleur croisée*. « Elle est l'indice d'une hémorragie importante qui occupe et dépasse la sphère du petit bassin, un signe pathognomonique de l'hémorragie qui continue à envahir la cavité péritonéale. Elle est le cri d'alarme qui commande l'intervention urgente. »

A partir de cette période, les douleurs élevées ne restent pas sur un terrain uniquement clinique et les auteurs, dans leurs publications, font état des travaux des neurologues. Ils rappellent qu'il existe des douleurs à distance sur lesquelles PROFANTER et LOMER, HALBAN, BRŒSE et OPITZ ont jadis attiré l'attention des gynécologues, et dont MACKENZIE et HEAD ont essayé de donner des interprétations pathogéniques. DANA les désigne sous le nom de « referred pains », témoignant par là qu'il ne s'agit pas d'irradiations douloureuses, de propagations suivant un trajet nerveux qui semble s'imposer à l'esprit, mais de douleurs rapportées dont on ne saisit pas bien à un examen superficiel les rapports avec la lésion viscérale initiale.

PETIT-DUTAILLIS, en 1925, étudiant « le facteur sympathique en gynécologie », envisage l'existence de réflexes à distance à point de départ dans le sympathique pelvien, que leur origine soit dans l'utérus (fibrome calcifié entraînant une arythmie cardiaque qui disparaît après hystérectomie), dans l'ovaire, le vagin ou le Douglas. Il rappelle les crises d'asthme consécutives à la rétroversion (CHROBAK) ou à la rétroflexion utérines (JAYLE). Enfin, il invoque dans l'explication du signe de M. LAFFONT la « répercussivité sympathique » d'André THOMAS ; « il semble bien, dit-il, qu'à la suite de rupture de grossesse tubaire, l'extension des douleurs, non seulement jusqu'au diaphragme mais jusqu'à l'épaule, voire même

jusqu'au bras, doive être mise au compte de la répercussivité sympathique. Ce qu'il importe surtout de retenir, c'est qu'ainsi répercutée, elle coïncide d'ordinaire avec des épanchements considérables et doit compter parmi les indications d'une intervention d'urgence ».

DANFORTH (de Boston) reprend, en 1926, l'étude de « la douleur de l'épaule dans la grossesse extra-utérine ». Il refuse d'admettre qu'il s'agit d'irradiations douloureuses suivant un trajet connu d'avance et il la considère comme une véritable « métastase » de la douleur pelvienne, comme une douleur « rapportée » dans le sens donné par DANA à ces phénomènes algiques.

LAPINSKY, dans un article paru en 1926 sur « La neuralgie intercostale et la modification du rythme cardiaque à la suite des affections des organes du petit bassin », insiste sur la fréquence relative de cette « neuralgie » au cours des maladies de l'appareil génital. Il estime que, par la voie sympathique, les organes malades qui dérivent, embryologiquement de la région thoracique basse (corps de Wolff), provoquent des modifications des centres vaso-moteurs spinaux thoraciques, lesquels troublent, à leur tour, la circulation sanguine du tissu intercostal et provoquent ainsi cette sensation que l'on appelle la neuralgie.

STANCA (de Berlin) a mis le premier cette question sur un terrain expérimental. Opérant sous anesthésie rachidienne basse une femme présentant depuis trois jours des douleurs scapulaires, il trouva un ovaire droit congestionné et rempli de pus. Au moment précis où, en vue d'une résection annexielle droite, il pinçait le ligament infundibulo-pelvien du même côté, sa malade accusa une douleur très violente qu'elle comparaît à un coup de couteau au

niveau de l'épaule droite ; la douleur cessa quand il relâcha la pince. Par ailleurs, il rappelle qu'après la ligature de la trompe en vue d'une stérilisation, il arrive que les femmes accusent des douleurs éloignées au niveau du dos, des épaules et du cou ; ces phénomènes douloureux post-opératoires ont été considérés pendant longtemps, à la suite de LOMER, comme des symptômes hystériques, et cependant, devant leur persistance, les chirurgiens étaient obligés de réintervenir et la suppression de la ligature tubaire suffisait à faire disparaître définitivement les phénomènes algiques. Il apporte, enfin, quelques « éclaircissements » au phénomène de M. LAFFONT. Il a eu l'occasion de l'observer dans un cas de grossesse extra-utérine sans épanchement de sang et il attribue, dans sa production, un rôle important aux terminaisons du sympathique qui se trouvent dans les tissus de la trompe, du mésovaire et du mésosalpinx.

Un an auparavant, en 1926, KRAUL, dans un article très documenté sur « Les points douloureux du dos et des côtés au cours des inflammations des annexes », avait étudié leur localisation au niveau des 11e et 12e côtes. Ce siège et la coexistence de température élevée avaient égaré plusieurs fois le diagnostic vers l'existence d'une pleurésie dont par ailleurs tous les signes physiques faisaient défaut. Il comparaît ces localisations douloureuses un peu aberrantes avec les zones de HEAD et admettait que la propagation douloureuse pouvait se faire à partir des annexes selon la voie cérébro-spinale ou sympathique, suivant la théorie de MACKENZIE. Il les avait observées aussi au cours de la grossesse extra-utérine.

M. LAFFONT, en 1926, 1927 et 1928, continue la série de ses publications ; à mesure que se limitent

les lésions des organes, il précise sa théorie, à savoir : que la simple irritation du sympathique pelvien suffit à provoquer les douleurs élevées sans qu'il faille incriminer une irritation diaphragmatique quelconque.

Il publie avec MM. Houel et Cortes une observation de douleur tardive élevée croisée dans un cas de rupture tubaire où on ne trouva à l'intervention que quelques caillots dans le Douglas. Selon lui, il ne saurait s'agir d'une douleur réflexe due à une distention ou à une réplétion du Douglas ainsi qu'il l'a naguère observée dans les hémorragies graves, et, dans le cas particulier, il semble que seule l'irritation du Douglas par le sang épanché doive être le point de départ du réflexe douloureux. Cette observation n'a d'ailleurs pour lui que plus d'intérêt : elle démontre péremptoirement que le point de départ du réflexe reste pelvien ainsi qu'il l'avait supposé dès le début de ses premières constatations.

Avec Larribère il apporte trois observations de douleur élevée dans des affections annexielles sans épanchement où l'on ne peut invoquer qu'une irritation du sympathique pelvien. Elles ont trait à un abcès du corps jaune, à une ovarite scléro-kystique et à un kyste de l'ovaire inclus dans le Douglas. Dans tous ces cas, il n'y avait pas de liquide libre dans le péritoine.

La même année, Ferrari étudiait la douleur élevée dans les salpingites aiguës à propos d'une observation troublante où un double pyo-salpinx avait entraîné des phénomènes douloureux paradoxaux de l'hypocondre et de l'épaule droits ayant simulé pendant un certain temps une cholécystite aiguë ; la contracture suffisamment accusée de l'hypochondre semblait donner au diagnostic de lésion du carrefour sous-hépatique un élément de plus. Dans ce cas aussi,

il ne saurait s'agir que d'un réflexe douloureux ayant son point de départ dans le Douglas.

Cette hypothèse n'est pas partagée par tous les auteurs et COSTANTINI, admettant parfaitement l'existence de ces douleurs élevées et en reconnaissant leur fréquence dans les ruptures de grossesse extra-utérine, partage dans l'interprétation de ces douleurs l'avis de DEWES et ŒHLECKER. « L'irritation du centre phrénique par l'épanchement m'apparaît comme l'hypothèse la plus plausible ; c'est elle en tous cas que nous invoquons dans les ruptures de la rate, les collections sous-phréniques, etc..., et je pense, pour ma part, que dans les hémorragies d'origine tubaire c'est l'épanchement de sang qui, arrivant au diaphragme, détermine la douleur. » Il rapporte deux observations, l'une de douleur directe, l'autre de douleur croisée de l'épaule où il trouva, à l'intervention, d'énormes caillots logés dans la région splénique. Dans ces cas, bien entendu, il ne s'agirait plus d'un réflexe d'ordre sympathique, mais d'une propagation douloureuse suivant le fil conducteur du nerf phrénique. La constatation des douleurs élevées dans les processus inflammatoires des annexes et, en particulier, la localisation de ces douleurs au niveau du rebord costal droit doit être expliquée, selon lui, par des adhérences que l'inflammation salpingienne enverrait sur le méso-salpinx jusque vers le duodénom en passant par l'appendice. Il se produirait donc dans ces cas « une inflammation légère de la vésicule par flirt cholécysto-salpingien », lequel déterminerait la douleur haute.

CABANES a observé la douleur élevée dans deux cas : dans l'un, l'hémorragie était très abondante et dans l'autre il n'y avait que quelques grammes de sang dans le Douglas. Les conditions dans lesquelles la femme a été observée et opérée dans le second

cas permettent d'affirmer, suivant l'auteur, qu'aucune goutte de sang n'a pu atteindre la région diaphragmatique.

GAUTRET et JONCHÈRES, en 1927, ont observé un cas de rupture de la trompe droite accompagnée d'une douleur initiale de la fosse iliaque gauche, suivie deux jours après d'une douleur vésiculaire très intense. En l'absence d'un retard net dans les règles et de pertes sanguines caractéristiques, le diagnostic eut pu s'égarer vers une crise de colique hépatique et entraîner dans l'intervention un retard qui eut, sans doute, été fatal.

La même année, PERY, BOURSIER et MANGÉ ont présenté une pièce anatomique relative à une rupture tubaire qui n'aurait donné lieu qu'à une douleur au creux épigastrique.

MICHOLITCH (de Vienne) a étudié, en 1928, la douleur croisée de l'épaule et en fait un signe très important de grossesse extra-utérine.

Enfin, un auteur allemand, PSAKSCHT, a insisté en 1929 sur la valeur du syndrome sous-phrénique dans la grossesse extra-utérine rompue. Après avoir montré qu'il était indispensable d'avoir, dans une affection aussi protéiforme, un nouvel élément de diagnostic différentiel, il attribue à ce syndrome la même valeur que ŒHLECKER : il en fait le résultat d'une irritation du nerf phrénique. L'on comprend mal toutefois, après la lecture des dix observations qu'il rapporte, que cet auteur continue à invoquer encore l'irritation diaphragmatique dans les cas d'hémorragie bien enkystée limitée au pelvis.

De nos jours, les méthodes d'exploration gynécologiques en honneur nous font assister à l'apparition et à la provocation même des douleurs élevées : nous connaissons bien la douleur élevée due à l'insuf-

flation tubaire, douleur qui se manifeste plus particulièrement lorsque la malade étant assise l'oxygène insufflé monte vers la coupole diaphragmatique qu'il irrite et ceci confirme l'hypothèse d'Œhlecker et de Costantini.

Mais il est des douleurs élevées que nous connaissons aussi bien et que nous provoquons plus rarement sans doute, mais avec plus de précision parfois : ce sont celles qui apparaissent après les injections des trompes au lipiodol suivant la méthode de Beclere ou d'iode suivant celle de Petit-Dutaillis. Le lipiodol ou, accidentellement, l'iode restent dans le petit bassin ainsi que la radio le démontre et la malade se plaint au bout d'un instant d'une douleur élevée.

Les Observations

Nous les avons classées sous trois rubriques :

1° Inondations péritonéales ;

2° Epanchements limités au pelvis ;

3° Affections annexielles sans épanchement.

I. - Inondations Péritonéales

OBSERVATION I

Clinique obstétricale d'Alger n° 965, série III
Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur axillaire droite dans un cas de rupture de grossesse tubaire ayant provoqué une hémorragie importante

Mme C... Emilie, 32 ans, entre le 31 octobre 1926 pour des douleurs abdominales coïncidant avec un retard de règles de deux mois et demi. Depuis dix jours, elle présente des phénomènes douloureux à forme paroxystique dans la fosse iliaque droite. Ces crises douloureuses l'obligent à s'aliter et s'accompagnent de pertes de sang noirâtres. Le 30 octobre, dans la nuit, cette malade est prise brusquement d'une douleur intense « en coup de poignard » dans la fosse iliaque droite. Elle s'accompagne de vertiges, d'hémorragie abondante de sang rouge, ainsi que d'une *douleur située sur la ligne axillaire moyenne droite à la hauteur du mamelon.*

Devant cette évolution douloureuse et étant donné la coexistence d'un état d'anémie marqué, on fait le diagnostic de rupture de grossesse tubaire et on intervient immédiatement.

Le ventre est rempli de caillots et de sang liquide. L'utérus est de dimensions normales, le ligament large droit est distendu par une masse cruorique, surtout à sa base. La trompe droite gravide est perforée sur sa face postérieure. On trouve dans l'abdomen un fœtus de neuf centimètres ; exérèse complète de la trompe. Le ligament large droit est tamponné par deux mèches. Dans l'après-midi on constate la disparition de la douleur mamelonnaire.

OBSERVATION II

Observation due à l'obligeance
de M. le Professeur agrégé DUBOUCHER,
chirurgien des hôpitaux

Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire. — Douleurs cervicales hautes et contracture douloureuse des muscles de la nuque.

Femme de 25 ans qui est prise, à 6 heures du soir, d'une violente douleur abdominale inférieure droite et de nausées.

A 2 heures du matin on constate un état abdominal aigu avec défense incomplète et pouls calme, bien frappé, peu rapide.

A 7 h. 30 la douleur s'est étendue à tout le ventre. Elle est très vive, non calmée par les applications chaudes. Elle s'accompagne d'une sorte de courbature postérieure thoracique et lombaire, et aussi antérieure : « J'ai mal partout, dit la malade, dans les reins et le dos jusqu'à la nuque, dans le thorax. »

La tête est renversée en arrière par la contracture des muscles postérieurs du cou qui sont tendus et douloureux à la pression. Toute tentative de flexion active ou passive de la tête réveille une très vive douleur. La position déclive exagère la contracture, réalisant un véritable opisthotonos.

Pas de vomissements, pas de nausées, quelques gaz ; pas de selle.

Le pouls est à 84 bien frappé. La température est de 37°7. Le ventre, adipeux et légèrement ballonné, est partout sensible à la pression ; la douleur est plus marquée en bas et à droite. Les muscles abdominaux sont le siège d'une certaine résistance élastique qui ne ressemble en rien à la défense musculaire des péritonites ou même des réactions péritonéales.

A 10 heures même tableau. Au toucher l'utérus est gros et un peu mou. Sa mobilisation est très douloureuse ainsi que la pression dans les culs-de-sac. Rien de perceptible aux annexes, mais l'examen profond n'est pas possible tant en raison de la douleur que du ballonnement, de l'épaisseur et la résistance de la paroi. Il y a un retard de quinze jours et depuis deux semaines la malade présente les sensations prémenstruelles habituelles : « Depuis quinze jours elle attend ses règles et croit tous les jours qu'elles vont arriver. » Elle a eu des rapports et peut être enceinte; les seins ont peu gonflé ; l'aréole du mamelon est large, sombre ; elle montre quelques tubercules de Montgomery. Pas de pertes rouges ; pas d'expulsion de caduque ; pertes blanches anciennes (métrite blennoragique).

Diagnostic : hémorragie péritonéale par rupture de grossesse extopique droite.

Opération : Petite incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen. Le péritoine contient un demi-

litre de sang. La trompe droite est saine, mais l'ovaire présente une petite cavité grosse comme l'extrémité de l'index dont la paroi déchirée laisse encore écouler du sang goutte à goutte. Il semble ne pas s'agir d'un kyste lutéinique et, pour conserver l'ovaire, on fait un surjet en masse sur la déchirure et la cavité sous-jacente. L'hémorragie s'arrête ; toilette du péritoine.

A gauche, trompe saine et corps jaune en évolution sur l'ovaire.

Appendicectomie : appendice très douteux (inflammation chronique et sclérose), très long, en massue, très vascularisé.

Suites normales, *la douleur cervicale et la contracture des muscles de la nuque ont disparu dès après l'opération.* Un écoulement sanguin apparaît au troisième jour, ressemblant aux règles ; le sang n'a pas la couleur noirâtre et l'aspect poisseux de l'hémorragie utérine de la grossesse extra-utérine. Il n'y a pas d'expulsion de caduque.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Professeur COSTANTINI

Douleur très vive de l'épaule dans un cas de rupture de grossesse tubaire ayant déterminé une hémorragie d'importance moyenne.

Femme de 34 ans, B... Amédée, entre dans le service de la clinique chirurgicale parce qu'elle présente des signes manifestes de rupture de grossesse extra-utérine.

On ne trouve rien qui doive être retenu dans les antécédents. Réglée à 11 ans, mariée à 25 ans, elle a fait à 30 ans une fausse couche de quinze jours.

Le 17 avril 1926, règles douloureuses et abondantes.

Le 23 mai, règles insignifiantes qui durent une journée.

Le 5 juin, règles très abondantes suivies d'une grande asthénie. Bientôt apparaissent des douleurs violentes. La malade s'alite. Les pertes sanguines s'arrêtent.

Le 19 juin, à 6 heures, douleurs très vives à gauche dans le bas-ventre. Un médecin ordonne de la glace sur le ventre, puis, devant la persistance des signes, fait hospitaliser la malade.

Nous la voyons à 11 heures. Les téguments sont pâles, les lèvres décolorées, le pouls est petit. Il y a de la matité dans les fosses iliaques. Nous portons le diagnostic de grossesse tubaire rompue et nous opérons aussitôt.

La malade nous signale avec insistance *qu'elle a souffert très vivement de l'épaule gauche.*

Laparotomie après anesthésie à l'éther. Nous trouvons un épanchement moyen de sang et nous enlevons les annexes gauches, siège de la rupture.

Nous pourrions à ce moment refermer le ventre, car le segment viscéral accessible est net. Cependant, frappé par la douleur scapulaire, nous plongeons la main vers le diaphragme et nous pouvons ainsi *extraire d'énormes caillots qui se sont logés dans la région splénique,* en même temps que du sang liquide est ramené par la main. Il n'est pas douteux que le plus gros de l'épanchement se trouvait ainsi caché sous le diaphragme.

Fermeture en trois plans de la paroi. Drain sus-pubien. Guérisons sans incidents.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Costantini

Douleur scapulaire de type croisé dans un cas de rupture tubaire. — Epanchement sanguin sous-diaphragmatique.

Je suis appelé, le 23 mai 1927, à 22 heures, auprès d'une femme de 33 ans qui présente des douleurs abdominales depuis la veille au soir (23 heures). Cette femme a fait antérieurement trois fausses couches spontanées. Elle a un retard de règles d'un mois.

L'état général est bon, le pouls bat à 116. Il n'y a pas de vomissements. Au toucher vaginal douleur à gauche. Les culs-de-sac sont souples. La température est à 38°. Les fosses iliaques sont sonores. Cependant la malade attire notre attention *sur une très vive douleur qu'elle ressent à l'épaule droite.*

Après quelques hésitations, nous proposons à la malade une intervention qui est acceptée. Nous portons le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Intervention aussitôt, après anesthésie générale. C'est la trompe gauche qui est rompue. On l'enlève. L'épanchement est très petit. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Au lieu de refermer le ventre de suite, nous explorons les hypochondres et la main plongeant vers le diaphragme nous retirons aussi bien à gauche qu'à droite d'énormes caillots et du sang liquide. Fermeture de la paroi en trois plans. Drain sus-pubien. Guérison sans incidents.

OBSERVATION V

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.337, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur axillaire droite dans un cas de rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale

Mme R... Jeanne, 34 ans, secondipare, ayant eu de nombreux avortements et traitée à 21 ans pour salpingite, entre le 17 janvier 1928 présentant un retard de règles de quinze jours. Le 10 janvier apparaît une métrorragie légère constituée par du sang noir. Le lendemain, cette malade ressent une douleur subite dans le bas-ventre accompagnée de syncope et de vomissements. Immédiatement *la douleur s'élève jusque dans la région axillaire droite.* L'état se maintint satisfaisant pendant quelques jours. Mais, dans la matinée du 18 janvier, la douleur réapparaît avec des caractères identiques et sa même propagation axillaire droite. Examinée à ce moment, la malade est en état d'anémie aiguë et l'abdomen est le siège d'une hypéresthésie marquée. Le toucher montre un col ramolli. Le corps et les culs-de-sac sont extrêmement douloureux.

Intervention immédiate pour grossesse tubaire rompue : il s'agit d'une inondation péritonéale avec de gros caillots remplissant le petit bassin, remontant jusqu'à l'ombilic. On trouve une grossesse angulaire droite rompue avec issue de l'œuf par l'orifice abdominal de la trompe. Exérèse de cette trompe ainsi que des annexes gauches adhérentes. L'ovaire droit est conservé. Dès le lendemain de l'opération la douleur axillaire avait disparu.

OBSERVATION VI

Clinique obstétricale d'Alger, n° 298, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur épigastrique et endolorissement scapulaire croisé dans un cas de rupture tubaire ayant déterminé un épanchement sanguin important.

Mme H... Aimée, 26 ans, entre à la maternité le 9 mars 1930 parce qu'elle ressent, depuis le 2 mars, des douleurs abdominales s'étant accompagnées dans la journée du 4 mars de perte de connaissance.

Au toucher, le col est abaissé, douloureux à la mobilisation, l'utérus est en avant, de dimensions au-dessus de la moyenne. Le cul-de-sac de Douglas est très douloureux, étalé vers la gauche.

Il existe une *douleur épigastrique marquée avec endolorissement de l'épaule droite.*

Le jour de l'entrée, on pratique une laparotomie sous anesthésie rachidienne. Le ventre est encombré de caillots et de sang liquide dont on peut évaluer la masse à 800 gr. environ. La trompe gauche est déchirée dans le segment ampulaire. L'ovaire du même côté présente des suffusions hémorragiques. Les annexes du côté opposé sont absolument saines. On pratique du côté gauche une ovaro-salpingectomie après avoir débarrassé l'abdomen des caillots et pratiqué une petite omphalectomie pour une petite hernie ombilicale datant de dix ans, on ferme l'abdomen en trois plans.

Disparition presque immédiate des douleurs épigastrique et scapulaire.

OBSERVATION VII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 1.852, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur mammaire droite au cours d'une inondation péritonéale par rupture de la trompe droite chez une femme ayant présenté, un an auparavant, une douleur élevée de l'épaule gauche au cours d'un avortement.

Mme P..., âgée de 25 ans, a eu un accouchement à terme il y a cinq ans. Dans ses antécédents personnels, nous rete-

nons qu'il y a un an, en février 1930, après un retard de règles d'un mois et demi, elle a eu des pertes sanglantes mêlées de caillots et, deux jours après, elle aurait expulsé un fœtus de cinq centimètres environ. Le lendemain matin, apparut une douleur vive, à type de coliques, siégeant dans la fosse iliaque droite, *accompagnée au niveau de l'épaule gauche d'une douleur violente* qui aurait duré quelques heures. Dans la soirée, les débris ovulaires ont été expulsés ainsi que quelques caillots. A la suite de cet épisode douloureux et sans qu'on ait jamais constaté d'élévation thermique, la malade garda le lit pendant quinze jours avec une poche de glace sur l'abdomen.

Elle entre salle Tarnier, le 28 février 1931, pour douleurs abdominales coïncidant avec un retard de règles de deux mois. Elle a quelques pertes sanguines. Le toucher et palper combinés révèlent la présence d'une tumeur dépassant la symphyse de deux travers de doigt, dure, mobilisable, que l'on croit être l'utérus antéversé et antéfléchi déprimant le cul-de-sac antérieur. Pendant son séjour dans le service, elle a eu trois crises douloureuses dans la fosse iliaque droite qui ont semblé, pendant un certain temps, légitimer le diagnostic d'appendicite primitivement porté en ville. Quelques jours après, mêmes crises douloureuses du côté gauche faisant penser à une sigmoïdite. Ces diagnostics successifs ont été éliminés par les examens radiographiques. Le 11 mars, une caduque entière est expulsée. Le 13 mars, apparition de douleurs pelviennes gauches avec irradiations dans les hypocondres droit et gauche.

Le 3 avril, à 3 heures du matin, la douleur pelvienne s'exacerbe et s'accompagne d'un état syncopal vite dissipé.

A midi, nouvel état syncopal beaucoup plus marqué. Au moment où la malade est transportée de son lit sur la table d'opération *une douleur très vive apparaît subitement au niveau du sein droit.*

A l'intervention, pratiquée sous anesthésie générale, on constate que le ventre est plein de sang et que la trompe droite gravide, de la grosseur d'une orange, est rompue dans sa portion ampullaire. Salpingectomie.

Dans la soirée, la douleur mammaire droite ne persiste plus que sous forme d'un très léger endolorissement.

OBSERVATION VIII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.114, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur scapulaire avec parésie brachiale dans un cas d'inondation péritonéale par avortement tubaire

Mme D..., 33 ans, a eu trois enfants à terme. Le dernier accouchement remonte à huit ans. Elle suit depuis quatre mois un traitement diathermique pour salpingite chronique. Les dernières règles sont survenues le 26 février 1931. Le 13 avril, elle a présenté, vers 10 heures du matin, de petites coliques siégeant dans tout le bas-ventre. Vers 12 heures, *les douleurs pelviennes irradient jusque sous le sein droit*, en même temps qu'apparaît un état syncopal alarmant allant jusqu'à la perte complète de connaissance. *Une demi-heure après, survient une douleur scapulaire droite accompagnée de paralysie complète du bras droit.* Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté et l'intervention aussitôt décidée. A 13 h. 30, cette malade entre salle Dubois. Elle est très pâle, ses extrémités sont froides, le pouls, petit, bat à 90 pulsations par minute. Les douleurs pelviennes persistent seules. Les douleurs hautes ont entièrement disparu. Au niveau de leur siège primitif, on ne constate pas de modifications objectives de la sensibilité. Le ventre n'est pas contracturé, les culs-de-sac vaginaux, le postérieur surtout, sont tendus et douloureux.

Opération à 14 heures, sous anesthésie générale. Le ventre est plein de sang, les annexes semblent normales à un premier examen, mais, en observant de plus près la trompe droite, on constate que sa portion ampullaire est flasque et que l'ostium abdominale est obturé par un petit caillot de la grosseur d'un pois. On ne trouve nulle part de déchirure, ni de rupture, nulle part il n'y a trace d'une membrane d'hématocèle.

Extirpation des annexes droites. L'ovaire droit présente une tumeur du volume d'une noisette qui est un corps jaune kystique. Le sang et les caillots cruoriques retirés du ventre sont minutieusement examinés, on n'arrive à y déceler qu'un petit chevelu chorial, mais très net, ne pouvant appartenir qu'à un œuf très jeune.

OBSERVATION IX

Observation due à l'obligeance de MM. VERGOZ, chirurgien, et BONAFOS, interne des hôpitaux d'Alger

Rupture de la trompe gauche
Douleur de l'hypocondre droit. — Inondation péritonéale

Mme B..., 30 ans, secondipare, entre d'urgence à l'hôpital de Mustapha dans la nuit du 22 au 23 avril 1931. Elle a été traitée, il y a un an, pour crises salpingées et présentait un retard de règles de dix jours accompagné de petits signes sympathiques de grossesse lorsque, le 22 avril, elle ressentit une douleur violente dans la fosse iliaque droite et qui fit porter le diagnostic d'appendicite aiguë. Deux heures et demi après, alors que l'état général devenait meilleur et que la douleur initiale s'atténuait, apparut avec la même brutalité *une douleur siégeant au niveau du rebord costal droit.*

A l'entrée de cette malade, on est frappé par l'état de choc qu'elle présentait et la teinte cireuse des téguments. On notait à la palpation, de la défense musculaire, et, à la percussion, de la matité dans les flancs. Le cul-de-sac de Douglas était rempli par une masse douloureuse et impossible à délimiter. Dans la journée du 23, l'intervention eut lieu sous anesthésie générale. Le ventre était plein de sang et la trompe gauche rompue dans sa région ampullaire. La trompe droite était indemne de lésions.

Salpingectomie gauche et mise en place d'un Mikulicz.

Disparition de la douleur thoracique droite dès le réveil de l'opérée.

II. - Epanchements limités au Bassin

OBSERVATION X

Clinique obstétricale d'Alger, n° 178, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur tardive scapulo-claviculaire de type croisé dans un cas de rupture tubaire n'ayant déterminé qu'un épanchement sanguin minime du Douglas.

Mme M... Angèle, 23 ans, sans profession, entre le 15 janvier 1926 dans le service de la Clinique obstétricale avec le diagnostic de « grossesse extra-utérine ».

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, bien que les menstruations fussent un peu douloureuses, la malade s'est mariée à 18 ans. Elle a deux enfants vivants et bien portants de 3 ans et de 19 mois. En avril 1925, un avortement provoqué, compliqué d'hémorragies, nécessita l'hospitalisation dans le service de la maternité où un curettage fut pratiqué. A la suite de cet accident, survinrent, à plusieurs reprises, des crises douloureuses abdominales, vraisemblablement liées à un processus salpingitique et qui furent traitées par l'un de nous par la glace et la vaccinothérapie. Depuis lors les règles demeurèrent irrégulières et douloureuses.

Rien de particulièrement frappant dans les antécédents pathologiques extra-génitaux, sauf quelques accès palustres sans gravité. Rien non plus dans les antécédents héréditaires.

L'histoire de la maladie actuelle est la suivante :

Le 26 décembre 1925, après un retard de règles de sept à huit jours, la jeune femme ressentit des douleurs dans la fosse iliaque gauche, douleurs d'abord sourdes, accompagnées d'irradiations basses dans toute la région hypo-gastrique et même la fosse iliaque droite. Ces douleurs persistèrent durant six jours sans modifications et incitèrent la malade à consulter l'un de nous.

A ce moment on pouvait constater ce qui suit :

Etat général satisfaisant. Pouls normal. Pas de fièvre. Abdomen souple, douloureux au palper dans le flanc gauche.

Au toucher : utérus sensiblement normal dans sa forme, son volume et sa direction. Le cul-de-sac latéral gauche du vagin est douloureux et est occupé par une masse mobile, rénitente, de la grosseur d'un œuf de poule. Rien à droite.

En raison des antécédents génitaux, nous pensâmes à une nouvelle crise de salpingite et conseillâmes, avec le repos, l'application de glace sur le ventre et des injections sous-cutanées de sédol qui amenèrent rapidement la disparition des symptômes douloureux.

Mais brusquement, dans la nuit du 2 au 3 janvier 1926, vers 22 heures, la malade fut prise d'une douleur aiguë, en « coup de poignard », lui arrachant des cris. Cette douleur persista toute la nuit et, le lendemain matin, vers 8 heures, *elle irradiait jusque dans la fosse iliaque droite et dans la région de l'épaule et de la clavicule droites.*

Mandés à nouveau à ce moment auprès de la malade, nous pûmes constater que la tumeur annexielle gauche avait très sensiblement augmenté de volume. Le ventre était douloureux à la palpation, dans son ensemble, mais plus particulièrement dans sa moitié gauche. *La douleur scapulaire droite persistait toujours.* En même temps était apparu, par le vagin, un écoulement sanguin peu abondant, de couleur noirâtre, mais sans caillots. L'état général était bien conservé, bien que le pouls battît au-dessus de 100. Il n'y avait pas de température.

Cet ensemble de symptômes nous amena à penser à la probabilité d'une grossesse tubaire gauche avec accidents de rupture ou d'avortement tubo-abdominal ; nous conseillâmes l'hospitalisation qui fut réalisée le 15 janvier seulement pour des raisons étrangères à notre volonté.

Examen à l'entrée dans le service de la maternité : L'état général est excellent, malgré un très léger degré d'anémie.

A la palpation, l'abdomen est douloureux dans la région annexielle gauche, en même temps qu'on y perçoit une masse assez dure. Le reste de l'abdomen est souple et indolore.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus de grosseur normale, basculé vers la droite, flanqué dans le cul-de-sac gauche

d'une masse arrondie, assez dure, du volume d'une mandarine. Depuis douze jours, l'écoulement sanguin vaginal, noirâtre et poisseux, persiste irrégulièrement. La malade est mise au repos. Glace sur l'abdomen. M. le Professeur LAFFONT confirme le diagnostic de rupture de grossesse tubaire et décide d'intervenir.

Opération le 20 janvier 1926, anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à gauche de l'utérus un hématome sous-péritonéal du volume d'une grosse mandarine.

On pédiculise la trompe et l'hématome. Ligature en masse au catgut ; une partie de l'ovaire gauche est retenue par la ligature.

Fermeture en trois plans, après avoir enlevé quelques caillots dans le Douglas.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XI

Clinique obstétricale d'Alger, n° 1.521, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur s'élevant progressivement jusqu'aux deux épaules dans un cas de rupture de grossesse isthmique avec épanchement sanguin de moyenne abondance.

Mme M... Gabrielle, 28 ans, primipare, entre d'urgence, le 16 mai 1927, pour douleurs thoraco-abdominales accompagnées d'anémie aiguë. Elle a eu ses dernières règles le 26 avril, mais le sang qu'elle a perdu pendant moins d'une journée (au lieu des trois jours habituels) était noir et poisseux. Elle n'accusait aucun trouble marqué lorsque, le 15 mai, brusquement, elle fut prise d'une douleur continue dans la fosse iliaque droite, d'intensité moyenne, irradiant vers la cuisse du même côté. En même temps, survint un petit écoulement de couleur noirâtre et d'aspect grumeleux. Dans la nuit du 15 au 16, la douleur devint plus intense, quoique encore supportable. Le 16, au matin, cette malade put se lever et commencer à vaquer à ses occupations lorsque, vers 8 heures du matin, sans que la douleur augmentât d'intensité, elle ressentit un grand malaise avec lipothymie et vomis-

sements. Elle eut à peine le temps de se coucher et bientôt la douleur devint plus intense, *siégeant à l'hypogastre, mais surtout marquée au niveau de l'hypochondre droit et des deux régions mammaires.*

A l'entrée à l'hôpital, cette femme est en état d'anémie aiguë ; le pouls bat à 120, le nombre des respirations est de 44. L'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais surtout à droite avec un maximum dans l'hypocondre où la malade ne cesse d'attirer l'attention. La douleur irradie à *tout le thorax, en particulier aux deux seins et aux deux épaules.* Encore une fois c'est spontanément que la malade attire l'attention sur ces régions. Il y a un certain degré de contracture au niveau du flanc droit. Au toucher, le col est dur, fermé, le corps ne semble pas augmenté de volume, les culs-de-sac sont légèrement douloureux.

Intervention pratiquée immédiatement avec le diagnostic de rupture de grossesse tubaire droite. A l'ouverture du ventre, on constate qu'il s'agit d'une grossesse isthmique perforée à sa partie postérieure. L'orifice de perforation, des dimensions d'une lentille, ne laisse passer que quelques villosités. L'épanchement sanguin est très peu abondant, limité à l'abdomen inférieur. Résection de la trompe en totalité après avoir taillé un coin de myomètre au niveau de la corne utérine. Dès le lendemain de l'intervention les douleurs thoraciques ont disparu.

OBSERVATION XII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 1.896, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur élevée de l'épaule de type croisé dans un cas de rupture tubaire. — Epanchement sanguin limité au Douglas.

Mme Ch... Camille, 40 ans, secondipare, réglée pour la dernière fois le 17 juillet 1927, entre le 3 septembre à la maternité. Le 18 août, à 4 heures du matin, sans aucune phase prodromique, elle ressentit une douleur très violente dans la fosse iliaque gauche, accompagnée d'un état syncopal très marqué. Elle persista pendant quatre heures et semble avoir été calmée par des affusions chaudes. Dès le lendemain, la malade se leva, n'accusant pas le moindre endolorissement

abdominal. Mais, quatre jours après, réapparition des phénomènes douloureux abdominaux qui cèdent rapidement au même traitement. Deux fois encore, à trois jours d'intervalle, même reprise des douleurs. A aucun moment, on n'a constaté de pertes sanguines, ni de rejet de fausses membranes. Le 1er septembre, à 6 heures du soir, après une semaine de calme absolu, les douleurs réapparaissent, plus prolongées que les précédentes, mais toujours localisées à la fosse iliaque gauche. Le lendemain matin, à 8 heures, reprise des douleurs, généralisées cette fois à tout l'abdomen, *remontant jusqu'à l'épaule droite où elles étaient très marquées.* Cette malade ne pouvait parler qu'à grand'peine, elle n'osait faire le moindre mouvement, respirant très superficiellement par crainte d'exacerber la douleur. Cette fois, le traitement habituel resta sans effet et les phénomènes douloureux persistèrent de 8 heures du matin à 6 heures du soir. On ne constata pas d'état syncopal concomittant.

Le lendemain matin, 3 septembre, dès l'arrivée de la malade à l'hôpital, on décide d'intervenir en se basant non pas sur l'état général, qui est relativement bon, mais sur les anamnestiques.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté et, effectivement, après laparotomie pratiquée sous anesthésie rachidienne, on constate qu'il s'agit d'une grossesse tubaire gauche rompue, du volume d'un œuf de poule ; une assez grande quantité de sang est épanchée dans le Douglas. Ablation totale de la trompe et suture de sa zone d'insertion utérine par plusieurs points au catgut.

Les douleurs de l'épaule droite disparurent dès le lendemain matin.

OBSERVATION XIII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 4.276, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur élevée du rebord costal droit après l'ablation d'un hémato-salpinx gauche rompu

Mme M..., âgée de 24 ans, entre le 26 juillet 1929 à la Maternité pour douleurs abdominales et pertes de sang. Elle

a eu ses dernières règles à la fin du mois d'avril. Vers le 15 mai, elle a commencé à perdre très fréquemment du sang. Ces pertes ont persisté pendant quinze jours. Vers la fin du mois de juin, elle a expulsé une caduque en même temps qu'apparaissaient des crises douloureuses très violentes débutant dans la région hypogastrique et irradiant dans les lombes ainsi qu'au niveau de la racine des cuisses. Ces douleurs ont toujours été bas situées, durant une demi-heure environ, et se sont reproduites sept à huit fois, espacées par des périodes de repos de un à quatre jours. Parfois, elles s'accompagnaient d'un véritable état syncopal. Depuis le 15 juillet tous les phénomènes douloureux ont cédé, mais les pertes sanguines persistent et ce sont elles qui décident la malade à se faire hospitaliser.

A l'examen, on constate que le col est ramolli, en dextroposition, le cul-de-sac gauche est comblé par une masse juxta-utérine sensible à la pression, des dimensions d'une grosse orange.

Le 27 juillet 1929 intervention.

Laparotomie sous-ombilicale. Du sang est épanché dans le ventre en moyenne abondance. On trouve dans le pelvis une masse latéro-utérine gauche constituée par un petit ovaire kystique accolé à un hémato-salpinx adhérant à l'anse sigmoïde et perforé. Par l'orifice de perforation s'écoule du sang noir. On libère les adhérences et on fait l'ablation des annexes gauches.

Le 1er août 1929, à 4 heures de l'après-midi, apparition brutale *d'un point de côté très violent à l'extrémité de la* 10e *côte droite,* gênant beaucoup la respiration. Il existe à ce niveau, et dans une zone très limitée des dimensions d'une petite paume de main, une hyperesthésie manifeste.

Le 2 août le toucher montre que l'utérus est d'un volume normal, fixé à gauche par un empâtement diffus et semi-fluctuant. La douleur haute va en s'atténuant sensiblement.

Le 13 août 1929 l'empâtement a disparu, ainsi que la douleur élevée et l'utérus a recouvré toute sa mobilité.

OBSERVATION XIV

Clinique obstétricale d'Alger, n° 1.760, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur de l'hypocondre et de la région scapulaire droite au cours d'un avortement tubaire ayant déterminé l'apparition d'une hématocèle rétro-utérine.

Mme M..., 24 ans, tertipare, entre le 13 février 1931 salle Dubois parce que, depuis dix-sept jours, elle souffre du ventre dans toute la région sous-ombilicale. Ces douleurs, sans localisation précise, à type de coliques, durent quelques heures, irradiant à l'anus, et se sont reproduites six fois en dix-sept jours. La dernière qui est apparue, il y a deux jours, s'est accompagnée de *douleurs très vives dans l'hypocondre et la région sacpulaire droits. Pour éviter leur exacerbation la malade immobilisait le moignon de son épaule.* Ces localisations algiques ont duré deux jours, tandis que la douleur abdominale a disparu au bout de quelques heures. Seul, le premier de ces épisodes douloureux (28 janvier) s'est accompagné d'un petit état vertigineux avec défaillance passagère. Il a marqué le début de petites hémorragies distillantes qui persistent encore le jour de l'entrée.

Les dernières règles de cette malade datent du 11 janvier, on ne relève aucun « petit signe » de grossesse.

L'état général est un peu défaillant, les conjonctives sont décolorées, le pouls bat à 115 ; la tension artérielle est, au Pachon, de 7-1, avec un indice de 1,5.

La palpation abdominale est très douloureuse au-dessus du pubis, surtout à droite ; elle est absolument indolore au-dessus de l'ombilic. L'utérus est en antéposition, paraissant refoulé par une masse liquidienne qui remonte jusqu'aux fosses iliaques. Le cul-de-sac de Douglas, qui bombe légèrement, est très douloureux au toucher.

Le 16 février 1931 : Intervention sous anesthésie générale à l'éther en raison de l'hypotension. Le ventre ouvert, après avoir traversé le péritoine pariétal épaissi par de fausses membranes, on trouve un utérus refoulé en avant par les caillots qui occupent le Douglas et dont la masse disparaît

sous les adhérences qui commençaient à se réaliser. On retire environ 500 gr. de ces caillots et l'on trouve la trompe droite, du volume d'un gros œuf de poule, relativement libre au milieu des caillots ; on l'enlève et on pratique une ligature en chaîne du méso-salpinx. Drainage par deux mèches de Mickulicz. Fermeture en trois plans.

OBSERVATION XV

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.149, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur élevée scapulaire dans un cas d'avortement tubaire probable. — Injection intra-dermique de syncaïne loco-dolenti : disparition de la douleur.

Mme P... Marie-Thérèse, secondipare, entre le 27 avril. Elle a eu ses dernières règles le 11 mars. Le 24 et le 25 avril elle a perdu un peu de sang noir sans débris membraneux. Le 27, dans l'après-midi, elle est prise de faiblesses allant jusqu'à la perte de connaissance. Simultanément apparaît une douleur extrêmement violente en « coup de poignard » dans la région hypogastrique qui terrasse la malade. Quelques instants après, *la base de la nuque est le siège de douleur vives qui irradient à la région scapulaire droite.* Au palper on provoque une douleur sans limites bien précises dans toute la fosse iliaque droite. Le ventre est légèrement tendu. La douleur scapulaire explorée à l'aide d'une tête d'épingle est bien limitée à la fosse sus-épineuse droite. Au toucher, on a un col de multipare, gros, métritique et fermé. L'utérus est en antéflexion, reporté en avant et en légère latéro-position gauche, mobile, petit et indolore. Dans le cul-de-sac droit on détermine de la douleur à la pression et le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse tumorale mal délimitée, irrégulière et fluctuante.

Le 2 mai, à 10 heures, on injecte dans l'hypoderme de la fosse sus-épineuse droite 15 cc. d'une solution de syncaïne sans adrénaline à 0,50 %. Une demi-heure après, la douleur élevée a disparu ainsi que la douleur hypogastrique. Elles n'ont plus reparu depuis. Pas d'intervention.

OBSERVATION XVI

Observation due à l'obligeance

de M. le Professeur agrégé HOUEL

Rupture de la trompe droite. — Douleur de l'épaule droite. Hémorragie limitée à l'étage sous-ombilical

Mme C..., âgée de 25 ans, nullipare, a eu ses dernières règles d'abondance normale le 3 mars 1931. Le 17 avril, elle ressent dans la fosse iliaque droite quelques douleurs assez vives, irradiant vers les lombes et la racine de la cuisse droite. Le lendemain, 18 avril, le toucher vaginal montre le cul-de-sac droit encombré et douloureux. Le 20 avril, alors que, sous l'influence d'un traitement laudanisé, la douleur pelvienne avait disparu, *apparaît une douleur dans les régions sus-claviculaire et deltoïdienne droites*, s'accompagnant de parésie brachiale. Cette douleur, d'intensité marquée, bien localisée, persiste pendant quatre heures environ et la malade pense à une douleur rhumatismale de l'épaule. Le médecin traitant, rapprochant cette douleur élevée des signes fournis par le toucher deux jours auparavant, pose le diagnostic de grossesse extra-utérine droite. Le lendemain, 21 avril, apparaissent dans l'hypocondre droit des douleurs pour lesquelles un spécialiste des affections hépatiques a été consulté. Devant un examen du foie absolument négatif il avait attribué ces phénomènes douloureux à l'évolution de l'affection pelvienne. L'apparition de pertes de sang noir, deux jours après la constatation par le toucher et le palper combinés d'une masse occupant la moitié droite du petit bassin et remontant jusqu'à l'arcade crurale, semblent affermir davantage encore le diagnostic de grossesse extra-utérine et nécessiter une intervention.

L'opération est pratiquée le 25 avril sous anesthésie générale. On trouve le Douglas rempli de caillots noirâtres, non organisés, très peu de sang liquide dans le grand bassin. Il n'y en a pas du tout dans l'étage sus-ombilical. La trompe droite présente une large déchirure dans la partie ampullaire, elle est enlevée et l'on ferme l'abdomen en trois plans.

Suites opératoires normales.

III. - Affections Annexielles sans Epanchement

OBSERVATION XVII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.147, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur brachiale droite et ovarite scléro-kystique

Mme V... Louise est une multipare âgée de 35 ans. Elle présente une aménorrhée de trois mois, se plaint de douleurs abdominales et remarque des troubles variés : vertiges, brûlures d'estomac sans vomissement. Elle a eu une métrorragie minime il y a un mois. Elle se croit enceinte. Brusquement, il y a trois jours, apparaît un syndrome aigu caractérisé par des frissons, des malaises et une violente douleur dans le bas-ventre. Son maximum est à droite. *Elle irradie vers le membre supérieur du même côté*, au niveau duquel la malade perçoit, en outre, des fourmillements fort pénibles qui ne sont calmés que par le massage. La douleur s'étend aussi aux régions dorsale et lombaire du même côté. En même temps qu'apparaissait ce syndrome, la malade a eu une métrorragie légère ; elle a expulsé quelques caillots noirâtres.

Le lendemain, apparition de vomissements et *d'une violente douleur dans la région axillaire droite qui paralyse le bras.*

A l'examen on constate l'existence, dans le cul-de-sac latéral droit, d'une tumeur douloureuse, mobile, indépendante de l'utérus, ayant le volume d'un œuf. On pense à une grossesse ectopique et on intervient. Il s'agissait d'*ovaires kystiques.* Le droit est plus volumineux que le gauche. L'utérus est un peu augmenté de volume, légèrement mou.

Le lendemain de l'intervention, apparition d'une métrorragie qui dure quelques heures.

OBSERVATION XVIII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.174, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur élevée thoraco-scapulo-temporale chez une femme atteinte d'abcès d'un corps jaune de l'ovaire. — Paroxysmes douloureux avec parésie brachiale.

Mme Th... Marie est une multipare âgée de 42 ans. Depuis son dernier accouchement, survenu il y a dix-huit mois, elle allaite son enfant et présente de la dysménorrhée et des pertes séro-purulentes.

Elle accuse, en outre, des douleurs abdominales siégeant dans le bas-ventre. Elles sont sourdes, profondes, permanentes, prenant naissance dans la fosse iliaque droite, accrues par la fatigue, les traumatismes sexuels, etc... *Elles irradient au membre inférieur, au membre supérieur, à l'hémithorax et à la région temporale du côté droit. Elles se manifestent parfois avec des paroxysmes pendant lesquels le membre supérieur est parésié, la malade le sent lourd, comme mort, dit-elle.*

Ces manifestations s'accompagnent d'état subfébrile et d'amaigrissement.

L'exploration des organes génitaux révèle *la présence, dans le cul-de-sac latéral droit, d'une tumeur arrondie, rénitente, indépendante de l'utérus, ayant le volume d'un gros œuf.*

On pose le diagnostic de salpingite et on décide d'intervenir.

Il s'agissait *d'un abcès du corps jaune.* Ablation de l'ovaire droit.

Les douleurs thoraciques et scapulaires droites disparurent aussitôt.

L'examen histologique montra une paroi lutéinique infiltrée de globules blancs (M. COURRIER).

Aprs l'intervention, perte sanglante assez abondante, sans douleur.

OBSERVATION XIX

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.203, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleurs scapulaires bi-latérales au cours de la torsion d'un kyste de l'ovaire prolobé dans le Douglas

Une jeune femme de 25 ans, sans antécédents particuliers, mariée depuis un an, présente depuis deux mois des troubles menstruels caractérisés par des retards et une diminution considérable des règles avec pesanteur pelvienne.

Quand nous voyons cette femme elle souffre du bas-ventre, a des nausées et se plaint depuis quelques jours de douleurs qu'elle *localise aux deux régions scapulaires.*

L'examen permet de constater une tumeur liquide du volume d'une petite mandarine occupant le Douglas. L'utérus est petit, de type infantile, en antéflexion exagérée.

Ce tableau clinique nous fait penser à la possibilité d'une grossesse ectopique en évolution et les douleurs pelviennes ressenties dans les dernières vingt-quatre heures nous laissent craindre une rupture.

La laparotomie nous montre qu'il s'agit *d'un kyste de l'ovaire* enclavé dans le Douglas et partiellement tordu. Enucléation. Suites simples.

OBSERVATION XX

Clinique obstétricale d'Alger, n° 2.457, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur de l'hémithorax droit dans un cas de collection purulente du Douglas

Mme A... Albertine, 30 ans, secondipare, entre le 18 février 1928. Elle a eu ses dernières règles le 11 novembre 1927 et présente un ptyalisme marqué ainsi que des vomissements, tous signes qui, selon elle, ne laissent aucun doute sur la réalité d'une grossesse. Le 13 février, après une chute, apparaît une métrorragie légère et trois jours après elle expulse un débris membraneux. Le 15 février, à 18 heures, survient brusquement *une douleur violente dans l'hypocondre droit,*

moins accusée dans la moitié droite du bas-ventre et de la jambe droite. Cette douleur a une telle acuité que la respiration devient très superficielle. Il n'y a pas d'état syncopal concomittant. Depuis ce jour apparaît, toutes les trois heures environ, la même douleur, débutant dans le membre inférieur qui est le siège de fourmillements, s'élevant peu à peu dans l'abdomen et *atteignant même le sein droit.* Le 16 février *cette douleur siégeait à l'épaule droite,* le 17 *elle irradiait à toute la moitié droite de la tête et du corps et aux deux membres supérieurs du même côté.*

Au toucher, le col est fermé, légèrement ramolli, le corps difficile à délimiter semble augmenté de volume. Le Douglas est occupé par une masse dure très douloureuse.

Le 28 février 1928, à l'intervention, on constate l'existence d'une tumeur du petit bassin qui n'est autre qu'une poche de pus sur laquelle on n'arrive qu'après rupture des adhérences qui fixaient étroitement la face postérieure de l'utérus à la jonction recto-sigmoïdienne du côlon gauche. Quant à la douleur de l'hémithorax droit elle disparut quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION XXI

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI, chirurgien des hôpitaux

Phénomènes douloureux paradoxaux de l'hypocondre et de l'épaule droits ayant simulé une cholécystite aiguë dans un cas de pyo-salpinx droit avec salpingo-ovarite du côté opposé.

« Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, Mlle L... Anna, auprès de laquelle je fus appelé par un confrère le 4 novembre 1927. Quatre jours auparavant, en pleine santé, cette jeune fille fut prise de violentes douleurs abdominales. Un confrère fut mandé aussitôt et constata à ce moment *une douleur localisée à la fosse iliaque droite,* au point de Mac Burney, sans défense de la paroi. Pensant cependant à une appendicite, il institua un traitement médical par le repos, la diète et la glace sur le ventre. La température se maintint entre 38° et 38°5, mais *la douleur changea de place et, dès le lendemain, la malade l'accusait dans l'hypocondre droit avec irradiation dans la région scapulaire droite.* Le qua-

trième jour elle devint plus violente au point d'orienter notre confrère vers un diagnostic nouveau et c'est dans ce but qu'il demanda mon avis. Au moment où je l'examinai, je trouvai cette malade pâle, amaigrie, avec une température à 38°, un pouls à 120, une langue saburrale, un peu sèche, et se plaignant de violentes douleurs dans l'hypocondre droit. La palpation dans la fosse iliaque droite éveillait bien de la douleur, mais il n'y avait pas de contracture et l'on pouvait explorer sans peine la région profonde de cette fosse pour pouvoir affirmer que l'appendice n'était pas en cause. *Par contre la palpation sous les fausses côtes droites éveillait une douleur violente arrachant des cris à la malade.* A ce niveau existait d'ailleurs *une contracture suffisamment accusée pour marquer l'existence de lésions profondes du carrefour sous-hépatique.* Cependant, mais sans pouvoir être catégorique, *nous pensions à l'existence d'une cholécystite aiguë.* La malade fut conduite à la clinique pour être mise en observation et l'on institua un traitement médical. Un examen du sang, pratiqué le 7 novembre 1927, donna comme résultat 20.000 globules blancs avec 88 polynucléaires. Cette formule dénotait l'existence indubitable d'une suppuration. Mais la *contracture de la paroi sous les fausses côtes ayant disparu, le palper permettait de constater qu'il n'y avait sous le foie rien qui put faire penser à une suppuration ;* en particulier le foie ne débordait pas le rebord costal, la vésicule n'était pas perceptible. Pas de signes cliniques d'une collection sous-phrénique. Une radioscopie resta négative sur ce point. *Et malgré tout, la douleur de l'hypocondre irradiant jusqu'à l'épaule persistait toujours, si bien que la malade commença à nous manifester son impatience à nous voir rechercher dans son ventre ce qu'elle avait dans le thorax.*

Ce n'est qu'après avoir vainement cherché le siège de cette suppuration dans des étages trop élevés que nous pensâmes à la cavité pelvienne. Nous devons dire qu'elle n'attira jamais notre attention sur son passé et que devant sa mère, toujours auprès d'elle comme gardienne vigilante, nous étions gênés pour poser certaines questions. Néanmoins, il fut convenu avec l'infirmière qui soignait la malade qu'elle l'interrogerait hors la présence de sa mère. Et c'est ainsi que nous apprîmes qu'elle avait eu des relations depuis plus d'un an déjà et qu'au mois d'août 1927, se trouvant enceinte, elle s'était fait avorter avec l'aide complaisante d'une sage-femme. Depuis

son avortement elle souffrait du ventre. Elle avait même, à certains moments, éprouvé de vives douleurs à droite et toujours au niveau de l'hypocondre droit. Après avoir mis la mère au courant de la situation, nous avons pu examiner la malade et constater par le toucher qu'elle avait un double pyo-salpinx, surtout à droite où il avait bien le volume d'une grosse orange.

Dès lors, le diagnostic était fait et le siège de la suppuration découvert. La poche de glace descendit sur le bas-ventre. On institua un traitement médical avec grandes irrigations vaginales chaudes, vaccins antipyogènes, etc... Les choses suivirent leur cours tant bien que mal, plutôt mal que bien, avec une température montant parfois à 39° et coïncidant avec des *douleurs toujours dans l'hypocondre droit avec irradiation à l'épaule droite.* Mais elle ne descendit jamais au-dessous de 37°5. L'état général s'améliora, mais l'état local resta sensiblement le même. L'empâtement des culs-de-sac disparut en partie, mais aussi bien à droite qu'à gauche, à droite surtout, les deux tumeurs salpingiennes persistaient, si bien que devant cet état et sur l'insistance de la malade et de ses parents nous décidions l'intervention non sans une certaine aversion cependant à opérer une jeune fille de 20 ans, et en tout cas avec l'arrière-pensée de faire le minimum et de tenter une opération conservatrice.

L'ouverture de l'abdomen devait faire envoler tous nos scrupules. Nous tombions, en effet, sur un foyer de pelvi-péritonite, éteinte cependant, mais ayant laissé des adhérences très étendues de l'épiploon, des anses grêles et du côlon ilio-pelvien avec l'utérus et ses annexes. Le cœcum et l'appendice ne participaient pas au processus, ce qui nous permit de juger que l'appendice était indemne. Il n'y avait donc jamais eu d'appendicite. Poussant nos investigations sur la vésicule biliaire, nous pûmes constater à la vue, en soulevant la paroi en haut de l'incision avec une valve vaginale et en palpant, que la vésicule biliaire était normale et ne présentait aucune trace d'une infection récente ou ancienne.

La libération des adhérences ne se fit pas sans difficultés et, après les avoir rompues patiemment, nous tombions sur les lésions utéro-annexielles. A droite se trouvait un pyosalpinx gros comme une orange enclavé dans le Douglas. A

gauche il existait de la salpingo-ovarite. Toutes ces lésions, du reste, ne paraissaient pas récentes, leur aspect ne laissait dans l'esprit aucun doute sur leur ancienneté et sur l'existence d'un passé génital déjà vieux. Quoi qu'il en soit, il n'y avait pas à tenter une opération conservatrice et nous dûmes pratiquer l'hystérectomie subtotale après hémisection utérine par le procédé de J.-L. Faure. Un Mikulicz fut mis en place.

Les suites opératoires furent normales et la jeune fille est partie en convalescence dans sa famille. »

OBSERVATION XXII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 4.907, série III

Service de M. le Professeur Laffont

Syndrome de périmétrosalpingite évoluant par poussées successives de douleurs abdominales et scapulaires droites, ayant simulé une grossesse ectopique en voie de rupture.

Marie-Rose P..., 18 ans, entre d'extrême urgence le 5 octobre 1929, à 18 heures, pour douleurs abdominales et température élevée.

Cette malade, qui présentait un retard de règles de trois semaines, a senti hier soir, après une promenade en motocyclette, quelques douleurs abdominales d'intensité moyenne. Mais cet après-midi, vers 14 heures, une douleur brutale sans état syncopal concomittant est apparue dans le bas-ventre, persistant jusqu'au moment de l'entrée. Depuis six jours sont survenues des pertes de sang noirâtre mêlées de caillots et quelques pertes muco-purulentes. Cette jeune femme a été opérée il y a deux ans pour appendicite refroidie ; cette intervention aurait été suivie d'un début de péritonite. Il y a six mois elle a été hospitalisée pour métrite se manifestant par de grosses hémorragies avec de violentes douleurs abdominales.

A l'examen, on note un faciès anxieux, douloureux, sans décoloration des muqueuses. La respiration est très superficielle. La température est à 38°6, le pouls bat à 120. Le ventre est contracturé dans son ensemble, mais la contracture est surtout marquée dans l'étage sous-ombilical qui ne respire pas du tout, présentant un signe de Delbet positif. Au toucher (pratiqué sous anesthésie générale pour obtenir le relâ-

chement de la paroi abdominale) on trouve que l'utérus est un peu gros, le col fermé, mais mou, se porte en avant, légèrement dévié vers la gauche. Lorsque l'anesthésie est terminée, on constate que le cul-de-sac de Douglas est douloureux et légèrement empâté. Les culs-de-sac latéraux sont très douloureux mais sans empâtement.

Le *13 octobre 1929*, à 18 heures, nouvelle crise douloureuse abdominale à début brutal, persistant pendant quelques heures. Le pouls est régulier, le ventre contracté. La température est à 37°8, le pouls bat à 100. Quelques pertes de sang noir sont apparues.

Le *18 octobre 1929*, à 18 heures, apparition brusque de douleurs abdominales présentant les mêmes caractères locaux que précédemment ; elles irradient dans le membre inférieur gauche dont la mobilisation active est très pénible. On ne constate pas de modifications objectives à son niveau. La température est à 38°8, le pouls bat à 110. Au toucher le cul-de-sac droit est empâté avec tendance marquée à la fluctuation.

Le *20 octobre 1929*, nouvelle crise douloureuse abdominale accompagnée d'une *douleur à l'épaule droite gênant beaucoup par son intensité la respiration.* Elle siège dans la région sous-claviculaire et on note à ce niveau une hyperesthésie bien nette et assez limitée.

Le *29 octobre 1929*, le cul-de-sac gauche est empâté et le Douglas comblé par une masse rénitente.

Le *1^er^, le 3 et le 5 novembre* surviennent des crises abdomino-pelviennes avec nausées et perte de gros caillots. Elles s'accompagnent de douleurs sous-claviculaires droites ; le ventre reste contracturé dans l'étage sous-ombilical et douloureux dans son ensemble. La température atteint 39° pendant les crises douloureuses.

La numération globulaire pratiquée le 15 octobre a donné les résultats suivants : G. R. 4.480.000

G. B. 12.700 et deux jours après 8.600.

Le *9 novembre 1930 :* intervention.

Sous anesthésie générale laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est gros, congestionné, recouvert de fausses membranes. Les annexes, rouges, turgescentes, sont recou-

vertes d'un exsudat puriforme. On place deux mèches dans le Douglas et on referme le ventre en un plan au fil de bronze.

La douleur élevée ne s'est jamais plus reproduite depuis l'intervention.

OBSERVATION XXIII

Clinique obstétricale d'Alger, n° 4.769, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur mammaire droite au cours d'une hémorragie intra-kystique ayant simulé une rupture de grossesse extra-utérine.

Mme M..., 30 ans, qui a un retard de règles de trente jours, entre le 27 novembre 1929 à la maternité parce qu'elle a ressenti dans la matinée une douleur abdominale en « coup de poignard » accompagnée d'un état syncopal marqué. Cette douleur siégeait dans la région hypogastrique et s'accompagnait d'un *endolorissement au niveau du sein droit.* Cette malade est pâle et présente de la défense abdominale. Au palper, on sent une tumeur volumineuse, remontant à cinq travers de doigts au-dessus de la symphyse et développée surtout du côté droit.

Au toucher, le col est ramolli, plaqué contre le pubis ; le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur liquide tendue et rénitente.

Le *28 novembre 1929 :* intervention.

A l'ouverture de l'abdomen on découvre un kyste du ligament large droit, volumineux, reportant l'utérus en haut et à gauche, coiffé comme d'un cimier par la trompe droite. La ponction de ce kyste ramène du sang rouge presque pur. Extraction facile du kyste par clivage sous-péritonéal permettant de conserver l'utérus et les annexes gauches. Tamponnement de la surface cruentée d'implantation kystique par des mèches de Mikulicz. Fermeture en trois plans. Le lendemain de l'intervention la douleur mammaire a disparu,

OBSERVATION XXIV

Clinique obstétricale d'Alger, n° 4.832, série III

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur de l'épaule droite dans un cas d'hémato-salpinx
Disparition de la douleur par un traitement local

Mme B..., 52 ans, 14e geste, entre à l'hôpital le 3 septembre 1929 pour douleurs violentes de l'abdomen et de l'épaule droite. Elle présentait un retard de règles de quinze jours lorsque, il y a une semaine, elle a perçu un endolorissement dans la fosse iliaque droite qui a persisté pendant huit jours, ne présentant aucun caractère d'acuité particulier, survenant dès que la malade se levait, disparaissant dans le décubitus horizontal. Hier au soir, après un gros effort, elle sentit cette douleur augmenter tout à coup d'intensité. Elle se traîna jusqu'à son lit et s'y étendit. La douleur devint rapidement assez intense pour lui interdire tout mouvement et déterminer un véritable état syncopal ; elle prédomina dans la fosse iliaque droite jusqu'à ce matin, huit heures, moment à partir duquel l'*épaule droite devint douloureuse au point de faire oublier la douleur abdominale.*

A l'examen, cette femme est abattue, les muqueuses sont décolorées, le pouls bat faiblement à 82, la température est de 38°2. L'abdomen est douloureux dans son ensemble, contracturé dans l'étage sous-ombilical. Au toucher, le col est en position normale, non entr'ouvert, l'utérus est un peu augmenté de volume, le cul-de-sac droit est tendu et douloureux. *La face antérieure du moignon de l'épaule droite est douloureux au point de rappeler les douleurs de l'arthrite scapulo-humérale.* Les douleurs spontanées à ce niveau sont très violentes arrachant des cris à cette malade. Le moignon de l'épaule ne peut être mobilisé ; *l'application d'une vessie de glace à ce niveau fait disparaître presque aussitôt la douleur.*

Le *4 septembre* la douleur de l'épaule a disparu, la douleur abdominale a beaucoup régressé, le toucher est aussi beaucoup moins douloureux. Le pouls est mieux frappé à 76, l'état général est très amélioré. Des pertes sanglantes apparaissent pour la première fois depuis le début de l'aménorrhée.

Le *16 septembre* le toucher montre un cul-de-sac droit occupé par une masse du volume d'une orange, douloureuse et rénitente.

Le *30 septembre*, intervention sous rachi-anesthésie.

A l'ouverture du ventre on trouve une masse latéro-utérine droite, fixée à l'utérus en dedans, au cœcum en haut, recouverte par l'épiploon. Elle est constituée par la trompe droite distendue et fissurée. Après libération des adhérences, on extirpe une poche du volume d'une orange contenant des caillots en voie d'organisation. Réfection du ligament large et fermeture de la paroi en trois plans après avoir mis un drain et une mèche dans le cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION XXV

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI, chirurgien des hôpitaux

Douleur élevée au cours d'une rétention ovulaire

« Il s'agit d'une femme de 35 ans, Mme R..., que j'ai opérée il y a sept ans d'une rupture de grossesse tubaire et qui, j'en ai le souvenir très net, avait présenté une *douleur xyphoïdienne* nettement accusée. Cette femme eut, il y a trois ans, une nouvelle grossesse qu'elle mena à terme. Elle est venue me consulter le 7 novembre parce qu'elle souffrait depuis quinze jours de *douleurs à siège épigastrique avec propagation postérieure vers la 12e vertèbre dorsale.* Mais elle me déclara que l'apparition de ces douleurs avait coïncidé avec un avortement pratiqué par une sage-femme pour une grossesse d'environ 65 jours. Pensant à des troubles dyspeptiques elle prit une purgation, suivit un régime assez sévère et absorba différents médicaments tels que citrate de soude, gastro-sodine, etc... Mais rien ne calma les douleurs et l'échec du traitement la décida à venir me consulter.

A l'examen de la malade je fus frappé par la présence d'un utérus encore volumineux, dont le fond était perçu à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne. Le toucher permettait de sentir un col mou, entr'ouvert. Du reste, la malade perdait du sang depuis le début des manœuvres abortives, soit le 22 octobre 1930. De plus, l'index introduit facilement dans l'orifice cervical permettait de percevoir une masse indolore qui ne pouvait être qu'une rétention

ovulaire ou une masse de sang coagulé. En poussant l'interrogatoire de la malade, j'appris que la sage-femme lui avait introduit une sonde en gomme dans la cavité utérine, qu'elle garda pendant cinq heures. A ce moment elle eut une perte de sang, mais elle ne vit jamais ni embryon, ni œuf. La sage-femme la renvoya chez elle en lui disant que tout était terminé. En tous cas, les douleurs épigastriques se déclarèrent au moment du travail d'avortement et ne se calmèrent plus depuis. Je conclus à la nécessité d'une exploration de l'utérus et de son évacuation. C'est ce qui fut fait le lendemain de mon examen, le 8 novembre. Il ne fut pas utile de dilater. La petite curette mousse de Wallich ramena une masse ovulaire dont une portion, celle qui était au contact du col, était en voie de sphacèle et, avec elle, un embryon du troisième mois. Les suites furent des plus simples. Mais ce qui fut caractéristique, ce fut après l'évacuation de l'utérus *la disparition complète des douleurs épigastriques avec propagation dorsale.* Je ne puis m'empêcher d'établir une relation de cause à effet entre l'apparition de ces douleurs coïncidant avec le début d'un travail d'avortement et leur disparition après évacuation totale de l'utérus. Je ne crois pas que l'on puisse attribuer leur cause à une affection stomacale quelconque étant donné, du reste, l'échec complet du traitement institué. »

OBSERVATION XXVI

Clinique obstétricale d'Alger, n° 1.040, série IV

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur directe de l'épaule dans un cas de kyste hématique de l'ovaire

Mme C... Annette entre le 10 octobre 1930 pour douleurs et métrorragies. En mai 1930, elle a fait une fausse couche spontanée de un mois et demi environ. Elle a eu ses dernières règles normales du 10 au 15 juillet 1930. Vers la fin juillet quelques pertes sanguines sont apparues, peu importantes, accompagnées de nausées et de douleurs persistantes dans le bas-ventre. Dans la nuit du 8 au 9 octobre survint une douleur très vive dans la moitié droite de l'abdomen *accompagnée presque immédiatement d'une douleur violente de l'épaule droite.* En même temps apparaissaient des pertes de

sang noir mêlées de quelques caillots et de débris membraneux. Les douleurs et les pertes persistèrent pendant toute la journée du 9 octobre, faisant penser à une rupture de grossesse tubaire. Les jours suivants elles s'atténuèrent jusqu'à disparaître complètement. Mais le toucher ayant révélé une tumeur fixée du cul-de-sac latéral droit, une intervention fut décidée.

Le 14 octobre 1930, laparotomie pour grossesse extra-utérine. Après l'incision de l'abdomen, on constate la présence d'une tumeur ovarienne gorgée de sang qui fait rejeter le diagnostic précédemment porté. Enucléation facile de ce kyste hématique du volume d'un œuf et suture de son pédicule. A l'examen on ne trouva dans sa paroi aucune structure ovulaire.

OBSERVATION XXVII

Clinique obstétricale d'Alger

Consultation des femmes enceintes, fiche n° 3.000

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur scapulaire survenue au début d'une grossesse angulaire et ayant disparu dans les stades ultérieurs de son évolution.

Marguerite A..., épouse G..., 23 ans, a eu une première grossesse en 1929, terminée par un accouchement normal. Sa deuxième grossesse est en cours. Dernières règles du 6 au 11 octobre.

Le *2 février 1931* elle vient à la consultation de la maternité, se plaignant de douleurs abdominales accompagnées de pertes sanglantes. Ces pertes sont continues et peu abondantes depuis le début de la grossesse.

Au toucher, le col est fermé, ramolli. Le corps peut être divisé en deux parties : une partie droite, dure et très irrégulière se continuant sans ligne de démarcation bien nette avec une partie gauche ramollie plus hypertrophiée que la droite et sur laquelle on sent quelques plaques de blindage. *La malade accuse, en outre, spontanément une douleur au niveau de l'épaule gauche,*

Le *5 février 1931*, mêmes signes. *Il existe une douleur au niveau de la région sous-scapulaire gauche avec hyperesthésie marquée au niveau de la pointe de l'omoplate.* Le 26 février 1931, la douleur scapulaire a complètement disparu ainsi que les métrorragies. Le développement de l'utérus est absolument régulier.

OBSERVATION XXVIII

Clinique obstétricale d'Alger

Consultation des femmes enceintes, fiche n° 3.048

Service de M. le Professeur LAFFONT

Douleur scapulaire droite apparue dans les premiers stades d'évolution d'une grossesse angulaire droite et ayant disparu lors du développement régulier de l'utérus.

Antoinette G..., épouse G..., 18 ans, a eu une première grossesse terminée il y a quatre mois par un accouchement prématuré de huit mois avec enfant mort.

Le *23 février 1931* elle vient à la consultation de la maternité, se plaignant depuis son accouchement de vomissements, de douleurs abdominales et de *douleurs élevées au niveau de l'omoplate droite.*

Au toucher le col est dur, l'isthme est légèrement ramolli, l'utérus est irrégulier, augmenté de volume dans sa partie droite seulement, au niveau de la corne. Celle-ci, du volume d'une mandarine, est douloureuse à la pression. On pose le diagnostic de grossesse angulaire probable et la radio montre la présence d'un fœtus dont la tête se projette au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Cette malade est suivie régulièrement tous les huit jours.

Le 31 mars 1931, les douleurs hautes ont complètement disparu. Au toucher, l'utérus correspondant à une grossesse de quatre mois et demi environ est régulièrement développé.

Etude Clinique

Etude Clinique

L'étude des observations précédentes, ainsi que de celles rapportées dans les sociétés savantes par différents auteurs, a permis d'établir que, dans certaines affections annexielles à côté de phénomènes douloureux vagues à siège pelvien ou abdomino-pelvien, il en est d'autres de topographie généralement plus précise apparaissant à distance de la sphère génitale et semblant indépendants des premiers. Ils sont autre chose que des irradiations douloureuses, mais ont une individualité propre ; nous allons essayer de préciser leurs caractères principaux.

Siège

La douleur élevée a une localisation assez variable, elle peut siéger parfois sur la ligne médiane du même côté que la lésion pelvienne ou du côté opposé, d'où la division en douleurs directes et douleurs croisées.

On la rencontre le plus souvent en des points extrêmement circonscrits et limités (obs. XXIV), ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle peut être perçue en des zones très étendues : ainsi dans l'obs. XVIII le membre supérieur, l'hémithorax et la région temporale du côté opposé étaient douloureux et cependant il ne s'agissait que d'un petit abcès de l'ovaire sans réaction péritonéale ; dans l'obs. XX, où l'on ne trouva à l'opération qu'une petite collection purulente limitée au Douglas, l'envahissement des régions douloureuses a été progressif : la douleur, débutant dans l'hypocondre, gagnait bientôt le sein droit, le lendemain l'épaule droite, le surlendemain la moitié droite du corps et les deux membres supérieurs.

Les localisations les plus fréquemment rencontrées ont été les suivantes :

A l'extrémité antérieure de la 10e côte.

Dans la région interscapulaire.

Dans la région rétrosternale.

Au niveau de la glande mammaire.

Dans la région cervico-nuchale.

Dans la région deltoïdienne et la moitié supérieure du bord externe du bras.

Dans la région épigastrique.

Les localisations lombaires ont été fréquemment signalées, mais elles apparaissent avec la douleur initiale abdomino-pelvienne et se confondent avec ses irradiations. Elles sont d'ailleurs trop connues pour nous retenir plus longtemps.

Intensité

Cette intensité est extrêmement variable.

Dans certains cas, le point douloureux est tellement faible qu'il passe inaperçu et seul l'examen approfondi et l'interrogatoire minutieux permettront de le dépister. Aussi, comme le fait remarquer V. Ionescu, faut-il le rechercher car les malades, une fois la crise douloureuse pelvienne passée, en perdent le souvenir.

Le plus souvent cette douleur peut prendre les caractères d'une algie superficielle très marquée et alors elle est accusée spontanément par la malade : il en est ainsi dans l'obs. III, « la malade signale avec insistance qu'elle a souffert très vivement de l'épaule » et dans l'obs. IV « la malade attire notre attention sur la très vive douleur qu'elle ressent à l'épaule droite ».

L'acuité très vivement ressentie de la douleur est signalée encore dans bien des observations.

« La pression de la région sous-hépatique fait pousser des cris à la malade qui, fléchissant l'avant-bras sur le bras, se plaint d'irradiations violentes à tout ce membre, ces paroxysmes durant une minute environ » (obs. MATHIEU et GUIBAL).

« Une douleur apparut entre les deux épaules, tellement vive que je crus bon de pratiquer un examen attentif des articulations, particulièrement à droite » (obs. DEWES). Il s'agissait d'une inondation d'un litre de sang.

Souvent cette douleur, localisée au thorax, a une telle acuité que la respiration est gênée et très superficielle. Il en est ainsi dans l'obs. XXII concernant une périmétrosalpingite, dans l'obs. XII où l'épanchement sanguin était limité au Douglas, dans l'obs. XX où il existait une collection purulente du cul-de-sac postérieur.

Dans un cas d'hématocèle rétro-utérine (obs. XIV), la douleur avait une intensité telle que la malade immobilisait le moignon de l'épaule pour éviter son exacerbation.

Souvent la douleur peut être si vive qu'elle attire à elle seule tout l'intérêt de l'examen et peut faire ainsi oublier la douleur abdominale. Si on n'aiguille pas son attention vers la sphère génitale on peut porter les diagnostics les plus erronés.

Dans une observation de SABATIER, la douleur persistait avec une telle intensité au point vésiculaire qu'elle avait fait songer à des crises de coliques hépatiques.

De même, dans une observation de MATHIEU et GUIBAL, où les douleurs survenaient dans la région

vésiculaire par crises paroxystiques, elles simulaient à s'y tromper la migration d'un calcul dans les voies biliaires.

Dans une observation de HOUEL (obs. XVI), un spécialiste des affections digestives avait été consulté pour la persistance des douleurs dans l'hypocondre droit.

THOMAS (de Strasbourg) a été amené à discuter le diagnostic de coliques néphrétiques.

Dans une observation de FERRARI (obs. XXI) la malade accusait de violentes douleurs dans l'hypocondre droit avec irradiations scapulaires droites. La température à 38°, le pouls à 120, l'existence d'une formule de suppuration, joints aux signes cliniques avaient fait penser à une cholécystite aiguë ; en réalité, il s'agissait d'une salpingite aiguë.

Caractères Objectifs

Ces douleurs élevées ont des localisations superficielles qui ne sont pas uniquement subjectives. Des réactions douloureuses identiques peuvent être déterminées par une palpation très légère :

a) Soit au niveau du siège de la douleur spontanée.

Dans l'observation mentionnée ci-dessus (obs. XXI) « la palpation des fausses côtes droites arrachait des cris à la malade ».

Dans l'observation de MATHIEU et GUIBAL « la simple pression de la région sous-hépatique fait pousser des cris à la malade ».

b) Soit au niveau de la région abdomino-pelvienne.

Dans une autre observation de MATHIEU et GUIBAL, par la palpation de la fosse iliaque droite on révélait des douleurs interscapulaires (il s'agissait dans ce cas d'une rupture de la trompe gauche).

Dans l'observation de MURET une femme se plaint d'une douleur plus ou moins vive à droite au-dessus du ligament de Poupart ; cette douleur est superficielle et nettement localisée aux parois abdominales de la région.

Le pincement de la paroi saisie entre les doigts à ce niveau est douloureux, par contre la pression profonde ne l'est ni dans la région du cœcum, ni dans celle de l'appendice, ni des annexes droites (il s'agissait d'une cicatrice paramétritique gauche).

DEWES avait remarqué que la douleur des épaules était réveillée à l'occasion de pressions exercées sur l'abdomen.

Moment d'Apparition

Le plus souvent cette douleur apparaît tardivement, de quelques minutes à plusieurs jours après la douleur pelvienne. LAFFONT, dans ses différentes publications relatives aux ruptures de grossesse tubaires, a suffisamment insisté sur ce point pour que nous n'y revenions pas.

Le temps qui s'écoule entre les deux phénomènes douloureux de sièges différents est très variable. Dans presque toutes nos observations ce retard est noté, il peut être parfois très long.

Dans le cas de FERRARI (obs. XXI) la douleur de l'hypocondre droit avec irradiations dans la région scapulaire droite apparut le lendemain après le point douloureux de la fosse iliaque droite.

MATHIEU et GUIBAL ont noté l'apparition d'une douleur interscapulaire intense sept jours après le début de phénomènes douloureux diffus qui ont accompagné une rupture tubaire qui s'est réalisée

en plusieurs étapes, marquées chaque fois par un malaise général, quelques douleurs lombaires et des coliques utérines.

Elle peut apparaître avant que se soit manifestée la douleur pelvienne : THOMAS relate un cas d'inondation péritonéale où fut observée une douleur initiale de l'hypocondre et de l'épaule droits ; PHELIP (de Vichy) a observé, au cours d'une grosse hémorragie interne, une douleur sous-phrénique qui apparut dès les premières minutes.

Elle peut persister après que la douleur abdominale a disparu : dans l'obs. XIV les douleurs très vives de l'hypocondre et de la région scapulaire droits ont duré deux jours, tandis que la douleur abdominale a cessé au bout de quelques heures.

Elle peut disparaître alors que la douleur pelvienne persiste : dans l'obs. VIII, concernant une inondation péritonéale, la douleur scapulaire droite, qui était apparue une demi-heure après la douleur pelvienne, n'existait plus à l'entrée de la malade à la Maternité.

Le plus souvent elle disparaît après l'ablation de l'annexe lésée, mais il peut ne pas en être ainsi.

Dans un cas de rupture tubaire droite observée par LAFFONT « la douleur avait été des plus nettes et localisée à l'extrémité antérieure de la 10e côte droite. Huit jours après l'intervention (ablation de la trompe et de l'ovaire droits) on vit réapparaître avec une acuité très grande la même douleur élevée qu'avant l'intervention ; au toucher on trouva un Douglas bombant fortement au point de nécessiter une colpotomie qui donna issue à du liquide séro-sanguinolent abondant. La douleur de la 10e côte disparut instantanément ».

Dans l'obs. XIII, quatre jours après l'ablation d'un hémato-salpinx gauche, apparut subitement un point de côté violent à l'extrémité de la 10e côte droite. Cette douleur n'existait pas avant l'opération. On trouva au toucher un utérus de volume normal, refoulé à gauche par un empâtement diffus et semi-fluctuant. Dix jours après, l'empâtement disparut spontanément et avec lui la douleur thoracique.

Phénomènes Concomittants

La douleur élevée peut s'accompagner de troubles moteurs siégeant au-dessous de la région où elle apparaît et d'hyperesthésie cutanée.

a) Les phénomènes d'hyperesthésie, quand ils existent, sont toujours très limités dans une zone que l'on peut facilement circonscrire.

Dans l'obs. XXIV, on note une hyperesthésie très marquée au contact dans la région deltoïdienne sur une zone des dimensions n'excédant pas celle d'une pièce de cinq francs.

Dans l'obs. XXII, une hyperesthésie des plus nettes siégeait dans la région sous-claviculaire.

Dans l'obs. XIII, l'hyperesthésie existait nettement accentuée au niveau de l'extrémité de la 10e côte droite, dans une zone des dimensions d'une petite paume de main.

Dans l'obs. XXVII, la pointe de l'omoplate est aussi le siège d'une hyperesthésie des plus nettes.

b) Les réactions motrices, qu'il s'agisse de contracture ou de paralysie, peuvent aussi s'observer.

Dans l'obs. XXI, il existait au-dessous des fausses côtes droites une contracture suffisamment accusée pour marquer l'existence de lésions profondes du

carrefour sous-hépatique, si bien qu'on pensa à une cholécystite aiguë.

Dans l'obs. XVIII, la douleur siégeant sur toute la moitié droite de la partie supérieure du corps se manifeste avec des paroxysmes pendant lesquels le membre supérieur est parésié, la malade le sent lourd, « comme mort ».

Dans l'obs. XXIV, il est absolument impossible à la malade de mobiliser activement le moignon de l'épaule.

Dans un cas d'avortement tubaire (obs. VIII), une demi-heure après la douleur pelvienne, apparition d'une douleur scapulaire droite accompagnée de paralysie complète du bras du même côté.

Dans l'obs. XVI, où il existait une douleur sous-claviculaire et deltoïdienne droite, on notait une parésie du bras droit.

Enfin, la contracture musculaire peut siéger au thorax, mais là elle est d'appréciation difficile et ne se traduit que par une difficulté respiratoire très grande rappelant parfois le caractère constrictif des douleurs de l'angine de poitrine : c'est ainsi que, dans un cas de périmétrosalpingite (obs. XXII), on observa une douleur de l'épaule droite avec gêne considérable de la respiration apparue quinze jours après le début d'une crise salpingée. Cette gêne respiratoire est aussi signalée dans les obs. XII et XX.

Douleurs Croisées

Tous les caractères précédents des douleurs se retrouvent dans les localisations croisées des phénomènes douloureux. LAFFONT, MATHIEU et GUIBAL ont signalé ces douleurs dans les ruptures de grossesse extra-utérine. MURET les a décrites dans les lésions de paramétrite et PETIT-DUTAILLIS dans les

cas d'annexite chronique. Ils ont provoqué leur apparition par le toucher ou le palper pratiqués du côté opposé à la lésion, ils en tirent la conclusion suivante qu'il n'est peut-être pas inutile d'énoncer : « Si une malade souffrant du côté gauche, même d'une façon très intense, nous ne trouvons, aussi bien avant qu'après la laparotomie, de lésions reconnaissables qu'à droite, ne nous croyons pas autorisés à une annexectomie bi-latérale. »

Traitement

Pour en finir avec les caractères de ces douleurs, nous signalerons que dans deux cas nous avons essayé de les faire cesser par une thérapeutique appropriée :

Dans le premier cas, obs. XXIV, concernant un hémato-salpinx, il existait une douleur qui rappelait celle de l'arthrite scapulo-humérale. L'application d'une vessie de glace sur la région douloureuse fit cesser définitivement la douleur que les analgésiques habituels n'avait pas influencée.

Dans le second cas, obs. XV, quelques instants après une douleur « en coup de poignard » de la région hypogastrique qui avait terrassé la malade, celle-ci ressent une douleur violente dans les régions cervico-nuchale et sus-épineuse droite. Le lendemain, l'état général est très amélioré, mais les douleurs hypogastrique et sus-épineuse persistent, assez marquées. On injecte dans le derme et l'hypoderme de la fosse sus-épineuse droite 15 cm3 d'une solution de syncaïne non adrénalinée à 0,50 %. Presque aussitôt après, la douleur élevée a disparu, aussi la malade refuse-t-elle toute intervention et sort de l'hôpital avant qu'on ait pu contrôler par l'interven-

tion le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine cliniquement porté.

Tels sont les caractères qui permettent d'individualiser ces douleurs. Leur réalité clinique est indiscutable, personne ne le conteste, mais l'accord est loin d'être fait sur leur pathogénie. Les différentes explications proposées, l'imprécision de beaucoup d'entre elles sont liées à l'imprécision même de nos connaissances actuelles sur la sensibilité viscérale. Tandis que les douleurs d'origine cérébro-spinales sont bien connues, tant dans leur cause que dans les voies qu'elles empruntent pour aller à la corticalité cérébrale, on ignore presque tout de la pathogénie des douleurs qui ont un viscère pour origine. Cette question de physio-pathologique, qui est dominante par sa portée scientifique et pratique, est encore pleine d'inconnues. Aussi croyons-nous utile, avant d'étudier la pathogénie de ces douleurs élevées, de développer le chapitre suivant relatif à la sensibilité et à la douleur des viscères.

La Douleur Viscérale

Généralités

Nous ne nous arrêterons pas à la nature de la douleur physique. Certains auteurs ont voulu la considérer comme un fait normal, physiologique, ayant sa place à côté de la sensibilité tactile et thermique. Ils ont même voulu décrire des appareils spéciaux pour la percevoir et tout un système de voies préformées pour la conduire au cerveau. « Il eut fallu, dit LERICHE, une incommensurable hérédité de souffrance à l'humanité primitive pour que l'homme actuel eût un jour spécialisé un pareil faisceau dans la moelle et fixé une nouvelle fonction dans l'espèce. »

En réalité, la douleur n'est qu'un phénomène pathologique, elle n'existe pas chez l'individu normal, elle n'est pas « dans le plan de la nature », il n'existe pas de voies préformées pour percevoir une douleur qui peut ne jamais se manifester. Nous n'avons pas pour la douleur des appareils différenciés et des conducteurs spéciaux rarement utilisés et cependant toujours prêts à entrer en action avec toute leur intensité de rendement. Il n'est pas douteux qu'on puisse la provoquer facilement, mais elle n'est pas une fin, une excitation sensitive n'est le plus souvent que la première partie d'un réflexe. L'existence d'une voie spéciale pour la sensibilité douloureuse est peu vraisemblable. Ce que nous appelons ainsi n'est que la voie commune de la sensibilité générale et la douleur n'est qu'une modalité affective des sensations tactiles reconnues par le cerveau.

Dès lors, préférer le terme de nerf centripète à celui de nerf vecteur de la douleur. Les tonalités affectives des sensations algiques ne reposant que

sur les modalités particulières des influx centripètes, elles n'exigent nullement des fibres de transmission particulières et sont susceptibles de se surajouter aux excitations de toute nature. Ne refusons donc pas aux fibres sympathiques centripètes, vecteurs des excitations qui engendrent les réflexes, de transmettre également les tonalités affectives que ces excitations provoquent à l'occasion.

Le Problème de la Sensibilité Viscérale

Ces données préliminaires nous feront mieux comprendre le problème de la sensibilité viscérale ; il se pose ainsi :

Les viscères sont insensibles, indifférents à tous les procédés mécaniques que nous connaissons pour provoquer la souffrance ; pourquoi deviennent-ils sensibles dans certaines circonstances, autrement dit, quel est le mécanisme de production, de transmission, de perception consciente de la douleur viscérale ?

Et d'abord, il ne semble pas que nous dussions nous étonner de cette insensibilité des viscères aux excitants habituels de la sensibilité générale. « Ces viscères, placés hors de la sphère d'action de ces excitants, ne sont jamais exposés à les subir dans la vie courante et, par suite, cette sensibilité ne pouvait pas se créer ; si elle l'eût été, elle n'aurait pu se maintenir faute d'usage. » (BARD). Concevons-nous, d'ailleurs, ce que serait la vie de l'individu dont le système nerveux viscéral laisserait parvenir jusqu'à la conscience « la plainte des plus humbles éléments du moi », la situation de l'appendice et de l'intestin, le cours du sang dans les veines, etc... La vie, certes, serait impossible si nous étions avertis des moindres modifications de notre existence végétative. La conscience n'avait que faire de perceptions intellectuelles pour des fonctions qui ne lui apportent aucun renseignement sur le monde extérieur, alors qu'elle avait besoin d'être avertie par des tonalités algiques de l'écart dangereux de ces fonctions.

Mais il ne faudrait pas conclure de ce que nous ne pouvons exciter douloureusement les viscères par

des procédés mécaniques, que ces viscères ne soient pas aussi sensibles que la peau ; leur sensibilité est autre ; elle ne se traduit pas par une perception consciente de la souffrance, par une analyse cérébrale, mais par des actions viscéro ou vaso-motrices, par des réflexes occultes qui ont leur point de départ dans les différents centres ganglionnaires, pouvant par exemple, comme dans la classique expérience de GOLTZ, déterminer par excitation de l'intestin l'inhibition du cœur.

Les viscères possèdent donc, à l'état normal, une sensibilité inconsciente ne se traduisant que par des actes réflexes qui assurent leur fonctionnement ; dans certaines circonstances, suivant les modalités de l'influx centripète, suivant l'hypersensibilité du système nerveux central, ces actes réflexes vont franchir les relais sympathique ou médullaire et parvenir aux centres psychiques en provoquant la douleur.

Mais l'accord est loin d'être fait quand il s'agit de donner une raison de cette irradiation des influx provocateurs des douleurs viscérales jusqu'à la corticalité. Les uns nient que le sympathique possède des nerfs sensitifs et admettent ,avec LENNANDER et l'école suédoise un mécanisme de propagation de l'excitant viscéral aux séreuses pariétales ou aux tissus voisins qui, eux, seraient directement innervés par le système cérébro-spinal. Pour certains le sympathique aurait une sensibilité autonome, mais des plus restreintes. Les autres, enfin, ont fait jouer un rôle au sympathique, mais ce n'est qu'un rôle de vecteur momentané, de liaison entre les viscères et le système cérébro-spinal. Telle est l'opinion de ROSS, HEAD et MACKENZIE.

I. - Théorie Sereuse ou de Lennander

Lennander (de Stockolm), opérant des malades sous anesthésie locale, a observé que tous les viscères abdominaux pelviens sont dépourvus de sensibilité douloureuse, tactile ou thermique mais, par contre, que le péritoine pariétal est doué d'une très vive sensibilité à tous ces modes. Il existe, d'ailleurs, dans la sous-séreuse ou plutôt dans la région comprise entre le feuillet pariétal de la séreuse et le plan profond musculo-aponévrotique une zone richement innervée (12e nerf intercostal, nerfs lombaires et sacrés). Il y a donc, au voisinage des viscères, absolument insensibles, une nappe séreuse et sous-séreuse d'une extrême sensibilité. La douleur ne se produirait que si un processus morbide né des organes irrite le péritoine pariétal, ou s'il se propage aux nerfs spinaux des parois de l'abdomen. Le problème de la douleur viscérale va donc se résumer à l'étude des conditions dans lesquelles séreuse et viscère vont entrer en contact, soit accidentel, déterminant des douleurs passagères, soit constant, provoquant des douleurs continues.

La traction sur les mésos, la pression contre les parois de l'abdomen et la torsion qui combine les deux mécanismes précédents déterminent l'apparition du premier type de ces douleurs.

L'irritation péritonéale d'ordre inflammatoire ou lymphangitique, en agissant sur les nerfs comme un caustique et en multipliant les points de contact entre les viscères et la séreuse, réalise l'apparition des douleurs permanentes.

Cette théorie pose en principe que l'innervation du péritoine pariétal est fournie par le système cérébro-

spinal ; or, l'étude anatomique de cette innervation est toute à faire, LEMAIRE (de Louvain) estimant, par contre, qu'elle est de nature sympathique. D'autre part, ne reconnaître aucune sensibilité aux viscères, c'est nier la distinction que nous avons faite entre les deux modes de sensibilité consciente, se traduisant par une analyse cérébrale donnant lieu à la douleur, et inconsciente, ne se traduisant que par des réflexes. Or, nous savons que les fonctions du sympathique reposent sur des actes moteurs ou sécrétoires que les nerfs centrifuges seraient incapables de provoquer sans le secours de nerfs centripètes, lesquels transmettent des excitations de toute nature.

Cette théorie de LENNANDER, claire et objective, mais malheureusement un peu simpliste, répond à une série de cas limités : elle nous fait comprendre les douleurs par traction au cours des interventions, les douleurs des ptoses ou des péri-viscérites, mais il n'est pas douteux qu'elle doit être abandonnée dans la plupart des cas où seuls les viscères sont atteints et où seul, par conséquent, le sympathique peut être invoqué dans la transmission des excitations provocatrices de la douleur.

II. - Théories Sympathiques

La participation du sympathique a été envisagée à des degrés différents. Alors que les uns lui attribuent une sensibilité propre, d'ailleurs des plus réduites, d'autres pensent qu'il n'a qu'une fonction de conduction des excitations, un rôle de liaison entre les viscères et le sympathique cérébro-spinal, de sorte que les douleurs viscérales ne seraient que des douleurs cérébro-spinales transmises d'abord par le sympathique.

A. - Sensibilité Autonome du Systéme Végétatif

Nous emprutons à LICHTWITZ ce qui suit :

« ROSS, HEAD, LEMAIRE et DANIELOPOLU admettent une sensibilité autonome du sympathique, ils considèrent les ganglions sympathiques comme des centres pourvus de sensibilité, d'une sensibilité réduite, incapable d'expliquer les grandes algies viscérales, mais qui, en s'ajoutant aux douleurs d'origine cérébro-spinale, donnerait aux algies viscérales leur caractère si particulier... »

« Les arguments en faveur de cette sensibilité autonome sont d'ordre clinique et thérapeutique. Cliniquement, les algies viscérales ont des caractères très spécifiques, d'ailleurs très difficiles à préciser, qui tiennent pour une part importante au retentissement psychique des affections des viscères : angoisse dans l'angine de poitrine, tristesse dans les affections gastriques, irritabilité dans les maladies du foie, agitation et inquiétude au cours des rétentions viscérales et, d'autre part, aux modalités de la douleur elle-même : impression de plénitude précordiale, de dyspnée douloureuse, de palpitation dans les affections cardiaques, de faim ou de satiété douloureuse dans les affections gastriques... »

« Les arguments thérapeutiques sont beaucoup plus impressionnants : DANIELOPOLU infiltre de novocaïne les troncs des 2e et 3e nerfs intercostaux chez un angineux ; les douleurs précordiales et brachiales disparaissent, mais il persiste une sensation de palpitation qui est proprement une sensation viscérale. LEMAIRE supprime également les algies par l'injection intradermique de novocaïne, mais les sensations viscérales persistent. »

LICHTWITZ rapporte deux cas, l'un dû à LERICHE, l'autre à SICARD, où au cours d'interventions chirurgicales chez des individus atteints d'angine de poitrine, le sympathique ayant été coupé de toutes ses connexions avec le système nerveux central, les sensations douloureuses précordiales avaient persisté. Tout s'était donc passé comme si le ganglion cervical inférieur était le siège des douleurs angineuses.

Il n'est donc pas douteux que le sympathique ait une sensibilité propre, mais dont l'importance paraît impossible à apprécier dans l'état actuel de nos connaissances.

B. - Théorie de la Douleur Transmise

C'est à l'école anglaise, avec Ross, Head et Mackenzie, que nous devons cette théorie.

Ross, le premier, en 1888, publia un travail fondamental où il émettait l'hypothèse que, « dans les affections viscérales, la douleur est rapportée au territoire de distribution des nerfs spinaux aboutissant aux mêmes régions de la moelle que celles auxquelles se rendent les fibres sensitives des nerfs sympathiques provenant des viscères considérés ». Il avait observé que, dans les affections gastriques, les malades ressentaient une douleur épigastrique qu'il dénomma la *douleur splanchnique* et qu'ils se plaignaient, en outre, « d'une douleur au-devant de la poitrine et entre les deux épaules ». Voilà l'explication qu'il en donne : « Les nerfs splanchniques de l'estomac dérivent du 4e et 5e et probablement aussi du 6e nerf intercostal. Quand les terminaisons de ces nerfs sont irritées, l'irritation est conduite à la racine postérieure, et lorsqu'elle atteint la substance grise des cornes postérieures elle diffuse vers les racines des nerfs somatiques correspondants et cause une douleur associée dans le territoire de distribution de ces nerfs, douleur que l'on peut opportunément nommer la *douleur somatique.* »

Head, en 1896, admet comme Ross l'existence de deux sortes de douleurs viscérales, l'une ressentie dans l'organe malade, et l'autre « rapportée » à la surface du corps dans une zone bien définie qui est le *dermatome* du viscère. Mais, tandis que la première est sourde, obtuse, en raison de la sensibilité rudimentaire de nos viscères, la douleur rapportée au tégument qui, lui, est spécialisé dans la percep-

tion et la localisation des contacts et des sensations algiques ou hédoniques, peut devenir aiguë, lancinante, dépassant de beaucoup la première en fréquence et en intensité.

Il précise encore que, lorsque deux territoires d'inégale sensibilité sont unis par des connexions centrales, les excitations portant sur le territoire peu sensible sont ressenties dans celui qui l'est davantage.

HEAD, à la suite de recherches cliniques approfondies, délimita les dermatomes des principaux viscères. Il rapprocha leur topographie, d'une part, de celles des éruptions zostériennes dont l'origine ganglionnaire et radiculaire était admise depuis BÆRENSPRUNG, et, d'autre part, des zones radiculaires que SCHERRIGTON venait d'étudier. Le dermatome d'un viscère peut donc être défini : *le segment cutané à topographie radiculaire ou médullo-segmentaire au niveau duquel sont projetées les douleurs du viscère ;* chaque viscère tiendrait sous sa dépendance un dermatome donné. Nous retenons, dès à présent que KAPPIS et MANDL ont vérifié l'existence de ces dermatomes à la suite des injections paravertébrales. HEAD fit faire un grand pas à l'analyse des algies viscérales en montrant qu'il existe au niveau des dermatomes des zones particulièrement sensibles dites « dermatomes d'élection » au niveau desquels le tégument est le siège d'une hyperalgie de topographie très précise et il admet que les impulsions sensorielles seront transmises au cerveau sous le déguisement de la douleur, parce qu'au relai médullaire il existe une perturbation anormale du viscère.

JAMES MACKENZIE confirme, peu après ces auteurs, toutes leurs observations, mais il nie absolument la douleur splanchnique due à la souffrance

du viscère et ayant même siège que lui. Il admet que les douleurs « rapportées » sont seules à traduire cette souffrance, même quand elles siègent au même niveau que le viscère. « La douleur épigastrique de l'ulcère gastrique, la douleur de la fosse iliaque droite au cours de l'appendicite, pas plus que celle qui est ressentie sur le rebord des fausses côtes au cours d'une cholécystite, n'expriment directement la souffrance de l'estomac, de l'appendice ou de la vésicule biliaire malades. Ce sont des douleurs « rapportées » au tégument abdominal et elles s'accompagnent souvent d'hyperalgésie cutanée. » Il constata, en outre, que *les muscles sous-jacents à ces zones hyperalgiques sont douloureux et contracturés, et attribua cette contracture à un véritable réflexe viscéro-moteur.* Il attira l'attention des cliniciens sur ce fait que, au niveau de la paroi abdominale, la contracture douloureuse réflexe de certains muscles pouvait réaliser de pseudo-tuméfactions des organes sous-jacents égarant le diagnostic vers leur hypertrophie pathologique.

Il a montré que la condition essentielle de la production d'une douleur par l'excitation d'un viscère, c'est la qualité même de l'excitant qu'il a appelé, en un terme d'une grande justesse, le « stimulus adequat », traduisant parfaitement « l'adaquater reiz » de NOTHNAGEL. C'est cette excitation spéciale qui, ébranlant le sympathique jusqu'à la moelle, va provoquer la douleur rapportée dans une zone déterminée du tégument et déclencher la contracture musculaire. Le « stimulus adequat » le plus connu de ces manifestations sensitives ou motrices à distance serait, selon lui, la contraction violente et spasmodique d'un muscle creux luttant contre une rétention à son intérieur. L'excitation adéquate ne serait autre chose, en somme, que l'excitant habituel

du viscère auquel celui-ci est adapté pour son fonctionnement, mais tandis que l'excitation viscérale normale ne provoque qu'un réflexe purement organique moteur ou sécrétoire, cette même excitation, dépassant ses limites normales d'intensité et franchissant un certain seuil va provoquer l'apparition de phénomènes réactionnels sensitivo-moteurs dans le domaine de la vie animale.

En somme, des travaux de ces auteurs, il se dégage un certain nombre de faits :

1° Il existe un décalage plus ou moins marqué entre le siège des douleurs et la projection cutanée du viscère qui souffre ; autrement dit, les douleurs au cours des affections viscérales sont projetées à distance ;

2° Ces douleurs, de topographie radiculaire ou médullo-segmentaire, s'accompagnent de toute une symptomatologie cutanée : hyperesthésie superficielle et contracture musculaire.

On peut en tirer la conclusion que, au cours des affections viscérales, il existe des manifestations cutanées douloureuses que leur topographie ferait rattacher à une lésion des racines de la moelle. Or, les souffrances d'un viscère ne peuvent influencer les racines de la moelle que par l'intermédiaire du sympathique qui va du viscère à la moelle par les rameaux communicants. Les excitations sympathiques, arrivées à la moelle, vont diffuser aux éléments adjacents du système cérébro-spinal. Dès lors, ces derniers réagissent suivant leurs aptitudes propres, les fibres motrices en provoquant des spasmes musculaires, les sensitives en provoquant les douleurs que les unes et les autres projettent dans le territoire dont elles relèvent, les premiers résultant de réflexes viscéro-moteurs, les secondes de réflexes viscéro-sensitifs.

Le Concept du Réflexe viscéro-sensitif

Les travaux de ces auteurs ont donc conduit pour expliquer les douleurs viscérales au concept du *réflexe viscéro-sensitif de* MACKENZIE qui est le suivant :

Toute excitation pathologique d'un organe est convoyée par les nerfs sympathiques jusqu'à la moelle où, arrivée au point de jonction des systèmes autonome et cérébro-spinal, elle se transmet aux voies de relation par le mécanisme d'un réflexe.

Ce circuit réflexe se compose donc de deux neurones, l'un viscéral, représenté par la fibre végétative ; l'autre central, représenté par un neurone de la vie de relation. L'excitation du premier se répercute sur le second qui la conduit jusqu'au « sensorium commune ». Si bien qu'au total une sensation viscérale n'est pas ressentie dans l'organe même, mais projetée à la périphérie dans la zone de distribution des nerfs sensibles correspondants.

A l'état normal, l'excitation des viscères qui parcourent les voies de la vie organique ne provoque que des réactions occultes d'ordre vital ; dans certaines circonstances elle pourra ébranler le sympathique au point de transmettre jusqu'à la moelle le stimulus né au niveau des viscères, et certaines modifications anatomiques ou fonctionnelles (spasme, distention, ischémie, inflammation) vont devenir des incitations adéquates susceptibles d'entraîner la douleur.

Suivons cette excitation pathologique dans sa transmission centripète jusqu'au névraxe. Les fibres sympathiques vont passer successivement par les petits ganglions viscéraux, puis arriver aux gros

ganglions pré-vertébraux, en particulier pour les viscères abdominaux pelviens aux ganglions du plexus solaire et des plexus secondaires (cæliaque, mésentérique supérieur, rénal), reliés au premier par des connectifs. De là, par les nerfs splanchniques, elles aboutissent aux ganglions de la chaîne latéro-vertébrale. A partir de ces ganglions, l'influx sensitif gagnerait les racines médullaires par le rameau communicant blanc. Il pénètrerait ensuite dans la moelle, soit par la racine antérieure (LEHMANN), soit par la racine postérieure (FROHLICH et MEYERJ ; enfin, pour d'autres auteurs, en particulier pour FŒRSTER et LERICHE qui se fondent sur le résultat des radicotomies, par les deux ordres de racines.

En quel point va avoir lieu la transmission de l'excitation viscérale à la vie de relation, à quel niveau se fera l'articulation du neurone sensitif viscéral avec celui de la sensibilité générale ?

D'après MACKENZIE, ce synapse entre les deux systèmes végétatif et cérébro-spinal serait dans la moelle, au niveau du noyau intermédio-latéralis.

EDINGER, DANIELOPOLU et LEMAIRE ont pensé que le passage de l'excitation d'un système dans l'autre devait avoir lieu avant son arrivée dans la moelle, dès le rapprochement des deux ordres de fibres, soit dans les racines, soit dans les ganglions. Selon LEMAIRE, il se ferait dans la cellule en T du ganglion rachidien.

Quel que soit d'ailleurs le point où s'est effectué ce raccord, l'excitation viscérale va maintenant emprunter des voies de relation pour parvenir à la conscience et, dès lors, sera perçue sous la forme subjective d'une douleur.

De la moelle ou de la racine postérieure part un nouveau neurone qui, croisant la ligne médiane à

la hauteur du segment médulaire immédiatement sus-jacent, va pénétrer dans le cordon antéro-latéral. Là il va se joindre à des neurones semblables pour constituer le faisceau spino-thalamique qui occupe une situation intermédiaire entre le faisceau pyramidal croisé en arrière et le faisceau de GOWERS en dehors. De là, ces fibres, soit directement, soit après interruption et articulation dans la réticulée bulbo-ponto-pédonculaire avec d'autres neurones, gagnent le thalamus. Ce dernier serait, suivant HEAD, HOLMER et EDINGER, la dernière étape centrale des voies dolorifiques. C'est aussi l'opinion de DEJERINE. D'autres auteurs, BECHTEREW, IOTEYKO et STÉFANOWSKA, ont décrit des centres corticaux de la douleur, soit au niveau de la 3e et 4e circonvolution du pli courbe, soit dans la pariétale ascendante.

Tel est le concept du réflexe viscéro-sensitif.

Ainsi, une excitation naissant au niveau d'un viscère suit le sympathique, traverse les différents groupes ganglionnaires viscéraux et pré-vertébraux, atteint les rameaux communicants et se raccorde au système cérébro-spinal, soit au niveau du ganglion spinal, soit au niveau de la corne latérale. Arrivée au cortex ou au thalamus, elle devient consciente, mais est projetée, non pas au niveau du viscère origine de l'incitation, mais au niveau du dermatome correspondant.

On peut se demander pourquoi des incitations identiques ne vont pas provoquer de la douleur chez tous les individus, et pourquoi cette douleur, prenant naissance dans des organes innervés par le sympathique, n'est pas perçue au siège même de l'excitation, mais projetée au niveau de l'aire périphérique d'un nerf sensible cérébro-spinal dans l'enveloppe externe du corps.

C'est qu'il existe d'une part, des *réactions inter-viscérales*, d'autre part, une *sensibilité variable du système nerveux* qui rendent les individus très inégaux devant la douleur.

« A l'état normal il est admis que lorsqu'un viscère « est lésé, ses réactions trop vives peuvent être dif- « fusées et absorbées par les territoires voisins qui « fonctionnent ainsi comme une soupape de sûreté. « Mais, parfois cette sorte de « métastase végéta- « tive » n'est pas réalisable et le stimulus né au « niveau de l'organe lésé peut être trop violent pour « que les réactions végétatives voisines aient le « temps de s'organiser. Ainsi donc, si normalement « une énergie excessive d'origine pathologique est « entraînée vers d'autres régions, dans certaines « conditions, ce phénomène de bascule peut être en « défaut : le potentiel viscéral s'accumule et, sui- « vant une voie centripète, va ébranler la moelle. » (LICHTWITZ).

Par ailleurs, il semble que celle-ci, à l'état normal, ait une sorte de *seuil de sensibilité assez élevé ;* si chez certains individus il faut une incitation adéquate violente pour obtenir une réaction, chez d'autres, et dans certaines circonstances, ce seuil est abaissé et une incitation minime suffit. Cette hyperexcitabilité médullaire est entretenue et augmentée par une action constante d'irritation d'origine viscérale qui va abaisser de plus en plus le seuil de l'incitation adéquate. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'état psychique qui n'explique les réactions si différentes des individus devant la douleur.

Pourquoi maintenant cette douleur sera-t-elle perçue comme si elle était produite au niveau du dermatome viscéral et non pas du viscère, siège de l'excitation ?

Ross et Head admettent que l'incitation venue des viscères, pénétrant dans la moelle, irradie à tous les nerfs périphériques tributaires du segment médullaire considéré.

Mackenzie développe la pensée des auteurs précédents : « Si un processus morbide viscéral donne naissance à une excitation exagérée des nerfs qui vont du viscère à la moelle, cette excitation affecte les centres voisins et excite ainsi les nerfs sensibles et moteurs qui partent de cette portion de la moelle. Une excitation de ce genre aura pour résultat la production d'une sensation douloureuse rapportée à l'extrémité périphérique du nerf dont le centre spinal vient d'être excité », mais pour que la moelle réagisse ainsi, il faut qu'elle ait été déjà fortement ébranlée par des incitations intenses et répétées d'origine viscérale. Il faut que se soit créé déjà « un foyer d'irritation médullaire », et Mackenzie en donne un très bel exemple « dans un cas de colique hépatique, après élimination du calcul, l'ingestion alimentaire provoquait une violente douleur à l'épigastre. Ici, il semble qu'il y ait peu de doute que l'excitation provoquée par l'ingestion alimentaire et qui normalement passe dans la moelle sans que le cerveau en soit averti, atteignait cette portion de moelle qui avait été anormalement excitée par la colique biliaire. Le foyer irritable ainsi produit s'était étendu aux centres des nerfs cutanés qui se rendaient à la région épigastrique, de sorte que le cerveau percevait maintenant l'excitation comme une douleur et la transmettait au niveau de la distribution périphérique des nerfs déjà excités ».

Pour Bard, l'influx nerveux parti des viscères ne conserve pas son individualité originelle tout le long du parcours : il ne progresserait que par un ébranlement communiqué à des voies adjacentes et ferait

apparaître dans ces dernières une excitation nouvelle, similaire de celles qu'elles reçoivent d'ordinaire de leur extrémité périphérique propre.

LICHTWITZ explique ainsi comment les incitations, arrivant à la corticalité, sont perçues à la peau et non aux viscères : « Il y a là un mécanisme qui rappelle à certains points de vue le mécanisme des algies tabétiques : la lésion siège à la racine, elle est pourtant rapportée à la périphérie, qu'il s'agisse de douleurs fulgurantes des membres, ou de douleurs en ceinture. Il y a là également beaucoup d'analogie avec les douleurs ressenties par les amputés au siège devenu virtuel d'un membre sectionné ; c'est qu'il se crée des habitudes douloureuses comme il se crée des manières de penser : il y a un automatisme de la sensibilité comme il y a un automatisme mental. L'excitation d'une racine ou d'un segment médulaire répond d'ordinaire à une irritation cutanée ; les incitations d'autre origine seront encore, en raison des habitudes prises, rapportées à la peau. »

Pour RIST, « lorsque une impulsion douloureuse provenant d'un viscère est transmise par la voie sympathique à un segment de moelle où se rendent, d'autre part normalement par la racine sensitive du nerf spinal les impulsions sensorielles bien mieux différenciées et plus puissantes provenant du territoire cutané correspondant, cette impulsion est transmise de ce segment de moelle au cerveau et la conscience, par une erreur de jugement, rapporte la sensation douloureuse à la surface du corps au lieu de la rapporter au viscère lui-même ».

Tel est le concept du réflexe viscéro-sensitif ; il est clinique, mais non physiologique. Cependant la thérapeutique des algies viscérales, utilisant heureusement les données qui ont échappé à la détermination expérimentale, lui a donné des bases

suffisamment solides pour qu'on puisse admettre sans conteste sa réalité :

1° La section des rameaux communicants inaugurée par VON GAZA et vulgarisée en France par les publications et l'exemple agissant de LERICHE, suffit à anesthésier la zone douloureuse dermique correspondant à la racine à laquelle aboutit le rameau communicant. Il n'est donc pas douteux que l'incitation douloureuse passe par ce trait d'union entre les fibres nerveuses issues des ganglions et des nerfs rachidiens correspondants ;

2° Les cordotomies antéro-latérales nombreuses, faites par SICARD et ROBINEAU, ont montré que la section de cette région supprime toute douleur d'ordre sympathique ou cérébro-spinale des régions sous-jacentes, témoignant ainsi de toute évidence que l'articulation des deux systèmes se trouve dans la moelle entre le groupe ganglionnaire latéro-médullaire et le faisceau restant du cordon antéro-latéral ;

3° D'autre part, l'anesthésie para-vertébrale atteignant les racines à leur émergence des trous de conjugaison et en amont des rameaux communicants insensibilise du même coup l'origine des nerfs pariétaux et celle des nerfs viscéraux, c'est-à-dire les zones cutanées et viscérales d'un même métamère ;

4° Les effets sédatifs des injections dermiques de solutions anesthésiantes nous arrêteront davantage car les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme de leur action :

a) LEMAIRE pense qu'une solution de novocaïne injectée dans le derme monte le long du nerf à la manière d'un poison neurotrope ascendant comme le curare, la toxine rabique ou tétanique ; l'incitation d'origine viscérale, en arrivant au ganglion

rachidien ne peut poursuivre sa route, la conduction étant interrompue par la cocaïne injectée dans le derme.

b) « VERGER donne une explication qui est si ingénieuse et si séduisante qu'il serait vraiment pénible qu'elle ne contienne pas une part de vérité. Il n'y aurait pas un réflexe à moitié végétatif, à moitié cérébro-spinal, avec une articulation aux ganglions rachidiens, mais un réflexe entièrement végétatif avec une voie afférente viscérale et une voie efférente vaso-motrice qui s'accorderait au niveau de la peau avec un second réflexe entièrement cérébro-spinal. » D'une manière plus précise, l'incitation née au niveau d'un viscère suit une voie afférente sympathique, parvient par les rameaux communicants au centre sympathique latéro-médullaire, suit ensuite une voie efférente qui l'apporte aux téguments : voilà le réflexe sympathique. Au niveau des téguments la voie efférente sympathique exerce une action sur les bouquets vasculaires qui coiffent les terminaisons sensitives cérébro-spinales; ces dernières seront l'origine de douleurs cérébro-spinales qui vont à la corticalité par la route habituelle : voilà le réflexe cérébro-spinal. L'anesthésie locale agirait en supprimant l'excitabilité des extrémités sensitives, rendant inopérante l'action excitante des variations vasculaires.

c) Pour SICARD, l'incitation va du viscère à la moelle et atteint l'écorce cérébrale sans le détour dermique imaginé par VERGER. Les thérapeutiques antalgiques n'agissent pas à la manière d'un poison neurotrope ascendant, mais en produisant un choc local qui se répercuterait sur le centre sympathique latéro-médullaire excité d'autre part par une incitation d'origine viscérale, en provoquant son inhibition.

Enfin, pour en finir avec le réflexe viscéro-sensitif, nous dirons que si des excitations d'origine viscérale peuvent provoquer des douleurs à siège superficiel, l'inverse est également possible : c'est ainsi que FŒRSTER a pu voir un malade, qui ayant autrefois souffert d'un ulcère gastrique dont il paraissait guéri depuis plusieurs années, vit réapparaître ses anciennes douleurs à l'occasion d'un petit furoncle situé au niveau du 8e dermatome dorsal qui correspond, on le sait, à l'estomac. Les douleurs ne cessèrent que lorsque le furoncle fut guéri. Un autre exemple de ce réflexe sensitivo-viscéral nous est donné par *l'angine de poitrine retournée* de POTAIN. Elle a été observée par ce cardiologue chez deux officiers amputés du bras gauche chez lesquels les douleurs partaient d'un névrome du moignon pour remonter le long du bras jusqu'au cœur.

En somme, les douleurs viscérales sont, d'après les uns, entièrement cérébro-spinales, d'après les autres, végétatves d'abord, cérébro-spinales ensuite.

Dans le premier cas, suivant le concept de LENNANDER, tout stimulus est immédiatement transmis à la moelle par les nerfs sous-péritonéaux ; il n'est pas contestable qu'il doit s'appliquer aux cas particuliers où des lésions inflammatoires ou autres sensibilisent directement les fibres de relation situées dans la sous-séreuse pariétale.

Dans le second, qui semble s'appliquer au plus grand nombre de cas, les sensations douloureuses viscérales parviendraient à la conscience par le mécanisme d'un réflexe viscéro-sensitif, mais pour que la moelle réagisse, il lui faudrait un état d'irritabilité spécial entretenu par une douleur particulière : l'incitation adéquate.

Enfin, un troisième mécanisme de perception de la sensibilité viscérale est possible : c'est celui d'impressions protopathiques ressenties dans le viscère lui-même. L'existence de ces algies purement végétatives est fort possible, mais elles seraient encore des plus vagues.

« Telles sont les lois générales qui régissent la sensibilité des viscères. Chaque cas particulier sera l'objet de multiples discussions sans que l'on puisse, hélas ! formuler une conclusion définitive. »

(LICHTWITZ.)

Essai de Pathogénie

Essai de Pathogénie

Nous venons d'analyser les théories qui, suivant leurs auteurs, tentent d'expliquer les divers modes d'expression de la sensibilité viscérale et les lois qui la régissent. Mais ce ne sont là que des directives, des idées générales que nous avons exposées. Suivant la remarque de LICHTWITZ « chaque cas particulier sera l'objet de multiples discussions sans que l'on puisse, hélas ! formuler une conclusion définitive ».

Or, l'analyse d'une algie viscérale se ramène à la solution d'un triple problème :

1° Cette douleur n'est-elle qu'une sérodynie primitive ou secondaire par propagation de l'affection jusqu'à la corticalité du viscère et intéressant ainsi secondairement la séreuse, ou bien s'agit-il d'une douleur transmise ou rapportée suivant le mécanisme d'un réflexe viscéro-sensitif ?

2° Dans cette dernière éventualité, où agit l'incitation adéquate et quelle est sa nature ?

3° Quelles sont les voies de la sensibilité qu'elle emprunte pour atteindre le cortex ?

Or, les faits que nous avons rapportés relatifs aux douleurs élevées se sont manifestés dans des conditions trop différentes pour être interprétés d'une façon univoque ; aussi, pour faciliter notre tâche, avons-nous classé les observations sous trois rubriques. Nous avons successivement envisagé :

1° Les inondations péritonéales ;

2° Les épanchements limités au pelvis ;

3° Les lésions annexielles sans épanchement ; ce sont elles surtout qui retiendront notre attention.

Avant d'entrer dans les discussions pathogéniques, nous citerons rapidement l'opinion de LOMER d'après lequel ces douleurs élevées ne seraient que des symptômes pithiatiques. STANCA a fait justice de cette assertion : il a montré que, dans les cas où certaines de ces douleurs considérées par les chirurgiens comme des symptômes hystériques étaient apparues après ligature des trompes, il suffisait de supprimer cette ligature pour faire disparaître la douleur.

A. - Les Inondations Péritonéales

Il s'agit dans ces cas d'épanchements considérables atteignant la coupole diaphragmatique. Lorsqu'on opère les malades en position horizontale on trouve la loge splénique, qui est avec le Douglas le point le plus déclive de l'abdomen, remplie de caillots volumineux. Le sang, épanché sous le diaphragme, agit vis-à-vis du péritoine de cette région comme le font les abcès sous-phréniques au cours des diverses affections du foie, des voies biliaires et de l'estomac, les abcès péri-néphrétiques, les hypernéphromes.

Or, nous savons que le phrénique donne des filets sensitifs au péritoine sous-diaphragmatique ; l'irritation de ces filets suivrait le fil conducteur du nerf phrénique, le phrénique étant une branche de la 4e paire cervicale, d'où partent également les branches sus-claviculaires et sous-acromiales du plexus cervical superficiel.

Dans ces cas, il ne saurait s'agir de douleurs viscérales, mais simplement de névralgies phréniques dont le trajet serait entièrement cérébro-spinal.

Quant au retard de la perception douloureuse sur la rupture de la trompe, entraînant l'hémorragie considérable, nous admettrons avec DEWES qu'elle est due au temps que met le sang pour arriver vers

les sphères hautes de l'abdomen jusque sous la coupole diaphragmatique.

On pourrait se demander pourquoi le péritoine diaphragmatique agit seul alors que celui de l'abdomen inférieur reste muet. Si la région phrénique réagit plutôt que tout autre, c'est qu'elle a une innervation éminemment riche en plexus nerveux très voisins du péritoine, en raison de la minceur même du tissu cellulaire propre à cette région, tandis que le reste du péritoine abdominal est séparé des gros troncs nerveux sous-jacents par un tissu cellulaire très épais.

Une confirmation de ce mécanisme de production de la douleur à distance par une propagation suivant le trajet des nerfs sous-péritonéaux nous a été fournie par une observation de HOUEL où le siège de la douleur élevée gagnait successivement les régions hypogastrique, thoracique basse, mammaire et, enfin, scapulaire, au fur et à mesure que l'on s'éloignait de la douleur pelvienne initiale, c'est-à-dire, selon toute vraisemblance, au fur et à mesure que l'abdomen se remplissait de sang.

Nous nous croyons donc autorisés à attribuer à des excitations douloureuses partant de la face péritonéale du diaphragme et même du revêtement séreux de la portion sus-ombilicale de la paroi antérieure de l'abdomen, cette algie de l'épaule si particulière.

Une preuve nous en est donnée par l'exploration de la perméabilité tubaire suivant la méthode de DOUAY. Cet auteur lui-même s'exprime ainsi : « La douleur thoracique, dans l'insufflation, est absolument particulière et très curieuse à observer. Il suffit de 100 à 150 cc. de gaz pour la provoquer dans toute sa netteté. On l'observe parfois avec une quantité moindre, mais alors d'une façon atténuée. *Elle se produit lorsque la malade quitte, après insuf-*

flation, la position horizontale. Après quelques minutes, la douleur apparaît, en général du côté droit, parfois du côté gauche quand la perméabilité tubaire a été constatée à gauche par l'auscultation de la trompe. Elle correspond à la douleur de la névralgie phrénique, douleur dans l'épaule droite, douleur à la base du cou, parfois douleur dans l'omoplate, parfois irradiation dans le bras, parfois points douloureux au pourtour de la base du thorax. Ces douleurs sont quelquefois violentes et les mouvements respiratoires sont gênés. Pour faire disparaître instantanément cette situation pénible, il suffit de mettre cette malade en position déclive : le gaz, qui masquait par sa sonorité la matité hépatique, quitte alors le diaphragme et regagne le pelvis. Il s'agit là d'une irritation des filets nerveux du phrénique sous la coupole diaphragmatique. »

Une preuve de plus nous est fournie par l'apparition de la douleur de l'épaule dès que les femmes présentant un épanchement sanguin abdominal sont mises en position de Trendelenburg. Dans une observation de DUBOUCHER (obs. II), concernant une malade qui avait une hémorragie péritonéale d'origine ovarienne, la position déclive déterminait un rejet de la tête en arrière avec augmentation de la contracture des muscles de la nuque qui existait déjà dans la position horizontale, réalisant ainsi un véritable opisthotonos.

Suivant l'opinion de KRAUL il ne serait pas nécessaire que l'épanchement atteignît le diaphragme pour qu'apparaisse la douleur élevée. Cet auteur rappelle les travaux de RANDSTROM qui a établi que le 12e nerf intercostal donne dans son trajet des rameaux sensibles à la peau et au péritoine pariétal de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Cette disposition pourrait expliquer que l'irritation de cette partie du

péritoine puisse provoquer une douleur dans la région thoracique postérieure basse en raison du trajet de ce 12e nerf intercostal.

En somme, dans les inondations péritonéales, la douleur élevée traduit la douleur de la séreuse abdominale ou, mieux, suivant la théorie de LENNANDER, de la sous-séreuse qui est parcourue par des nerfs rachidiens. Cette sérodynie est surtout marquée pour le péritoine diaphragmatique.

B. - Epanchements Limites au Pelvis

C'est l'apparition de la douleur haute dans cette variété d'épanchement qui avait, dès 1919, retenu l'attention de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT. Dans son article princeps sur « La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine » il écrivait :

« Deux faits paraissent découler de l'analyse des observations :

1° *Le point thoracique succède toujours au point pelvien ;*

2° *Le point thoracique existe rarement dans les hématocèles enkystées uni-latérales. Lorsqu'il existe on le constate dans les hématocèles médianes et dans les inondations péritonéales.* »

De ces deux ordres de faits, il avait tiré la conclusion que *la douleur élevée apparaît lorsque le cul-de-sac de Douglas est distendu par l'hémorragie.*

« Il faut normalement un certain laps de temps pour qu'une masse sanguine importante occupe et distende le Douglas. Cette période silencieuse, entre le coup de poignard pelvien qui annonce la rupture tubaire et la douleur thoracique, est la période pendant laquelle le Douglas doit se remplir de sang. »

« Nous ne croyons donc pas être éloignés de la vérité en attribuant la douleur élevée à la réplétion du Douglas. J'ai eu l'occasion d'observer des cas qui sont restés pour moi la démonstration formelle que les irradiations supérieures de la douleur pelvienne n'étaient dues ni à la déchirure de la trompe, ni à ses contractions, ni à une compression de l'ovaire, mais bien à une réplétion du Douglas ou à une irritation par la masse sanguine du péritoine pelvien. » (LAFFONT.)

Dans une observation notamment que rapporte notre Maître, la douleur élevée avait été des plus nettes et était restée localisée à l'extrémité antérieure de la 10e côte droite. Huit jours après l'intervention (ablation de l'ovaire et de la trompe droite) et quatre jours après enlèvement d'une mèche accordéon, la même douleur élevée observée avant l'intervention réapparut avec une acuité très grande. Au toucher, on trouva un Douglas bombant au point de nécessiter une colpotomie qui donna issue à du liquide séro-sanguinolent en abondance. *La douleur de la 10e côte disparut instantanément.* »

« *J'ai eu là, dit* M. A. LAFFONT, *comme la preuve expérimentale de la cause de la douleur élevée : la réplétion du Douglas a par deux fois réveillé la douleur, son évacuation l'a chaque fois fait disparaître.* »

Notre Maître voit encore dans cette observation une preuve que l'irradiation douloureuse d'origine tubaire ou ovarienne n'est pour rien dans l'apparition de la douleur élevée et qu'il s'agirait plutôt de réflexes douloureux d'ordre sympathique dont le point de départ serait le Douglas lui-même ou son voisinage immédiat. « Nous savons, d'ailleurs, combien sont douloureuses les lésions annexielles prolabées dans le Douglas, et il est probable que les douleurs élevées que l'on constate dans ces cas sont

plus souvent le fait de la distension et de l'irritation des éléments sympathiques du péritoine pelvien et du Douglas que des irradiations des affections annexielles. » (LAFFONT.)

BERTRAND, dans une thèse assez récente (1), a décrit la sémiologie fonctionnelle du Douglas normal et pathologique ; il rappelle la constitution des replis utéro-sacrés qui limitent latéralement ce cul-de-sac, il montre que leur face externe et leur base sont constituées presque entièrement par un feutrage nerveux très dense formant les ganglions ou, mieux, les plexus hypogastriques, dont dépend toute l'innervation viscérale du petit bassin.

GRÉGOIRE et CONDAMIN ont insisté sur l'importance des rapports du Douglas et de ces deux nappes ganglionnaires. Tous ces auteurs ont montré que la pathologie de ce cul-de-sac se traduit par un véritable syndrome du ganglion hypogastrique, lequel va se manifester d'abord par des symptômes locaux dans la sphère génitale, puis par des signes à distance qui sont bien connus.

Parmi ces derniers, on a décrit des signes digestifs : en 1889, KIDERLEN a signalé des vomissements incessants dans les rétro-déviations utérines. F. JAYLE pense de même que certains vomissements, au début de la grossesse, sont également dus à un réflexe dont les plexus hypogastriques sont le point de départ et dont la cause n'est autre que l'augmentation du volume du corps utérin jointe aux modifications du col et des parties péri-cervicales, puis « au fur et à mesure que la vascularisation péri-utérine augmente, tous les tissus se relâchent et le tiraillement des ligaments utéro-sacrés disparaît. En

(1) BERTRAND. — Le cul-de-sac de Douglas ; essai de synthèse anatomo-clinique. (*Thèse de Toulouse*, 1927.)

même temps, les vomissements que je suppose dus à cette cause cessent progressivement ».

On a décrit aussi des signes respiratoires connus depuis fort longtemps. BERTRAND rappelle que F. JAYLE a signalé la toux utérine chez des femmes atteintes de rétroflexion et que, en 1869, CHROBAK mentionne déjà une observation d'asthme en relation avec une rétroversion. Les signes d'ALBERTIN, RICHELOT et JAYLE, relatifs à la sensibilité si particulière du Douglas, sont trop classiques pour que nous y insistions.

Enfin, il n'est pas jusqu'à des troubles importants de la phonation que puisse entraîner l'irritation des ganglions hypogastriques et le fait semble avoir été observé depuis longtemps puisque, en 1887, KEHRER signalait déjà l'aphonie dans les rétro-déviations utérines.

Tous ces signes, bien connus, nous témoignent de façon indubitable l'intervention des ganglions hypogastriques dans les affections du Douglas. Ils sont tous la manifestation de réflexes à type viscéromoteur sympathique pur. Ils traduisent ainsi la possibilité de manifestations à distance de la souffrance du cul-de-sac de Douglas. L'influx nerveux, se propageant suivant les plexus hypogastriques et le nerf présacré, arriverait ainsi au plexus solaire ou, même, franchissant ce relai sympathique, se réfléchirait dans la moelle dorsale qu'il atteindrait par l'intermédiaire des splanchiques et, par la mise en jeu des nerfs intercostaux, provoquerait des manifestations respiratoires. Ce trajet supposé de l'influx nerveux n'est point un simple concept : sous l'impulsion de COTTE, LATARJET et ROCHET la thérapeutique chirurgicale, s'attaquant aux plexus hypogastriques et au nerf présacré, a pu entrer victorieusement en

action, nous donnant la preuve formelle de la propagation douloureuse suivant ces voies sympathiques.

« Nous ne pouvons manquer de signaler, puisque nous admettons la possibilité d'une origine hypogastrique, l'action réflexe produite parfois par une irritation lointaine des filets nerveux du sympathique. C'est ainsi que FLIESS (de Berlin) a pu calmer des crises dysménorrhéiques en badigeonnant la muqueuse pituitaire avec des solutions de novocaïne ou de morphine et que BONNIER a obtenu, dans nombre de cas, la suppression définitive des crises par la cautérisation de la région antérieure des cornets. » (BERTRAND.)

L'existence de réflexes à distance est donc indubitable ; pourquoi donc ne pas admettre leur intervention dans l'apparition de douleurs à distance dans la réplétion du Douglas par le sang, suivant le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif tel que nous l'avons exposé dans le chapitre relatif à la « Douleur viscérale ».

Ce réflexe emprunte des caractères particuliers aux voies sympathiques et cérébro-spinale qu'il va suivre ; nous les détaillerons pour éviter des redites et des longueurs au chapitre suivant relatif à l'apparition des douleurs dans les cas d'atteinte isolée des annexes sans épanchement.

C. - Les Lesions Annexielles sans Epanchement

Dans tous les cas où les lésions sont limitées aux seuls viscères, la séreuse ne participant pas au processus pathologique, nous n'aurons pas à nous demander si, selon le concept de LENNANDER, l'incitation pathologique atteint primitivement les nerfs rachidiens de la sous-séreuse, ou si elle agit sur le

sympathique qui, selon LEMAIRE, innerverait à la fois le péritoine viscéral et le feuillet pariétal du péritoine.

Le décalage entre le siège des douleurs et la projection cutanée des annexes, l'existence d'hyperesthésie cutanée et de contracture, celle de dermatomes d'élection au niveau des perforants intercostaux ou sus-claviculaires, nous ont conduit à admettre qu'il existe, au cours des affections de la trompe et de l'ovaire, des manifestations cutanées douloureuses que leur topographie fait rattacher à une lésion des racines de la moelle. Or, les souffrances d'un viscère ne peuvent les influencer que par l'intermédiaire du sympathique qui va du viscère à la moelle, d'abord suivant le trajet des nerfs viscéraux, ensuite par les rami communicantes.

Ainsi, l'incitation provocatrice de la douleur née au niveau des annexes de l'utérus serait conduite à la moelle par les nerfs du système sympathique : à ce niveau, elle se raccorderait aux voies de la sensibilité cérébro-spinale et atteindrait la corticalité. Là, devenue consciente, elle serait projetée au niveau du territoire cutané répondant au segment médullaire primitivement touché par l'excitation du sympathique et constituant le dermatome des annexes. N'est-ce point là l'énoncé même du réflexe viscéro-sensitif de MACKENZIE, tel que nous l'avons exposé dans le chapitre précédent ?

Nous allons étudier dans le cas particulier des annexes les différents éléments de ce réflexe, c'est-à-dire :

1° L'incitation adéquate ;

2° Les voies de la sensibilité et les dermatomes des annexes ;

3° Le décalage entre la topographie des douleurs élevées d'origine annexielle et les dermatomes classiques des annexes ;

4° Le retard à la perception douloureuse.

5° Les douleurs hautes croisées ;

Tout d'abord, devons-nous conserver l'expression de réflexe viscéro-sensitif ; que serait exactement un tel réflexe ? Il semble que le prestige de son nom fasse à peu près seul tous les frais de l'explication. Par définition, « un réflexe repose sur une excitation qui se réfléchit et change de direction par cette réflexion même ; cette excitation aboutit à un acte moteur ou sécrétoire, de commande centrifuge, déclenchée par un acte sensitif centripète ; dans le prétendu réflexe viscéro-sensitif, au contraire, l'excitation ne sort pas du système sympathique pour être réfléchi à la périphérie, ni pour aboutir à un acte moteur ou sécrétoire, mais simplement pour poursuivre sa course centripète dans les voies cérébro-spinales » (Bard). Il semble qu'il vaudrait mieux substituer au terme de réflexe viscéro-sensitif, celui de douleurs transmises ou de douleurs « rapportées » (Dana).

1° *L'incitation adéquate*

Quoi qu'il en soit, quelles sont les modifications anatomiques ou fonctionnelles des annexes susceptibles de devenir des facteurs de douleur, c'est-à-dire de transmettre l'incitation née à leur niveau jusqu'à la moelle ?

Le facteur le plus fréquemment rencontré est la *distension :* c'est elle qui, à n'en pas douter, doit être invoquée dans les cas d'hémorragies intrakystiques et de grossesses angulaires ; dans ces derniers cas nous l'avons vu associée au *spasme* qui se traduisait au moment du toucher par des modifica-

tions de consistance de la corne gravide. Nous savons que les douleurs sont d'autant plus vives et plus marquées que la pression intra-cavitaire est plus accusée. Celle-ci est à son tour fonction du calibre (aussi les douleurs sont-elles rares dans les grossesses ampullaires, tandis qu'elles sont fréquentes et d'apparition précoce dans les grossesses isthmiques ou interstitielles) et de l'état des parois : tandis que le parenchyme ovarien est à peine sensible, la douleur est plus marquée quand les parois sont musculaires ; lorsque celles-ci sont nerveuses le comble de la douleur aparaît : c'est peut-être à cela qu'il faut attribuer les violentes douleurs de kystes inclus dans le cul-de-sac de Douglas dont les parois sont constituées par les plexus hypogastriques.

Il semble qu'on doive faire jouer aussi un rôle à l'*inflammation* (salpingites, abcès de l'ovaire), celle-ci agissant soit par le mécanisme de la distension en réalisant une augmentation des pressions intra-cavitaires par sécrétion séreuse ou purulente, soit par celui de la *lymphangite* dont le mécanisme d'action serait assez complexe ; pour GAZA et BRANDI, la lymphangite provoquerait d'importantes modifications du Ph. La douleur inflammatoire serait due à une acidose locale : ces auteurs ont pu faire, en effet, disparaître les douleurs des phlegmons, des hydroadénites en injectant au siège même des douleurs une solution très alcaline.

Il semble que le *pincement* puisse aussi provoquer des douleurs élevées : c'est ainsi que STANCA, opérant une femme qui avait souffert de l'épaule droite et chez laquelle il trouva un abcès de l'ovaire droit, provoqua la même douleur de l'épaule au moment où il pinçait le ligament infundibulo-ovarien. La douleur disparaissait au moment où il lâchait la pince. Dans la publication où il relate les résultats de ces

constatations opératoires, STANCA rappelle les douleurs réflexes éloignées (dos, épaule, cou) qui sont ressenties par les femmes chez lesquelles on a ligaturé les trompes en vue d'une stérilisation ; ces douleurs cessent quand on réintervient et que l'on supprime la ligature.

Nous avons essayé, dans le service de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, de provoquer l'apparition de ces douleurs par pincement des trompes, des ovaires ou de leurs mésos :

Dans un cas, il s'agissait d'une ligature des trompes par le procédé de MADLENER après petite section césarienne pratiquée au 5e mois. Nous n'avons provoqué aucune réaction douloureuse.

Nous avons eu le même échec dans un second cas où on était intervenu par section du nerf présacré pour des troubles dysménorrhéiques.

Enfin, dans un troisième cas, où l'intervention avait été motivée par une tumeur inflammatoire des annexes droites et où l'on trouva un abcès de l'ovaire droit, nous avons pu déterminer un endolorissement mal délimité de la région scapulaire droite.

Aucune de ces opérées, contrairement à la malade de STANCA, n'avait ressenti de douleur élevée avant l'intervention. Peut-être devons-nous expliquer l'apparition de l'endolorissement dans le troisième cas par un état d'irritabilité spéciale du sympathique local déterminé par le processus inflammatoire de l'ovaire ?

Telles sont les incitations adéquates qui semblent devoir être invoquées, mais il ne suffit pas qu'elles soient d'une nature spéciale pour provoquer la douleur. KRAUL insiste sur la nécessité de *la fréquence et de la sommation de l'excitation ;* un exemple classique en serait donné par la constatation banale

de l'indolence absolue pendant la grossesse des contractions utérines, lesquelles deviendraient douloureuses pendant le travail.

Un autre facteur à mettre en pleine lumière serait aussi, selon ce même auteur, les modifications structurales du système nerveux sympathique qui est situé dans les tissus de la trompe, du mésosalpinx, du mésovaire où, dès 1895, MANDL avait découvert des fibres nerveuses. Nous savons que de telles modifications ont été signalées dans les cas d'appendicite chronique : MASSON, GOSSET et SAVITZKY ont décrit une hypergénèse des éléments sympathiques entourant les glandes de Lieberkhün. BUCHMANN s'est basé sur les constatations de ces auteurs pour éclairer la pathogénie de réflexes à distance à point de départ appendiculaire, en particulier d'un phénomène qu'on observerait systématiquement dans tous les cas d'appendicite chronique, à savoir la dilatation active de la pupille droite. Un examen histologique systématique des trompes gravides ou atteintes par un processus inflammatoire chronique nous montrerait peut-être une hypergénèse analogue des filets nerveux sympathiques ?

2° *Les voies de la sensibilité et les dermatomes des annexes*

Quelles sont les voies de la sensibilité empruntées par l'influx nerveux émané des annexes, autrement dit quel est le trajet suivi par une incitation d'origine tubaire ou ovarienne.

Et, tout d'abord, existe-t-il des fibres sensitives venant de la trompe ou de l'ovaire ? La question a été longtemps controversée, mais KEHRER a montré qu'il y avait effectivement dans le plexus utéro-ovarien un grand nombre de filets sensitifs. Les travaux récents que ABUREL a poursuivis dans le

laboratoire de Le Lorier ont confirmé les constatations de Kehrer. L'étude des nerfs des annexes a été bien faite par Hovelaque, Latarget et Rochet auxquels nous empruntons la description suivante :

Les nerfs utéro-ovariens naissent du plexus rénal et du plexus intermésentérique qui dépendent l'un et l'autre du plexus solaire.

Du plexus rénal, au nombre de deux ou trois, naissent des racines qui passent en avant de l'artère rénale, s'accolent ensuite à l'artère spermatique et s'unissent bientôt pour former un tronc unique, dédoublé par places, qui descend sur les faces antérieure ou latérale de l'artère.

Les racines nées du plexus intermésentérique forment deux groupes de rameaux. L'un, supérieur, se forme en arrière des vaisseaux rénaux et, se dirigeant en bas et en dehors, rejoint le tronc émané du plexus rénal à peu près à la hauteur de l'artère mésentérique inférieure. Le deuxième groupe de rameaux se détache trois ou quatre centimètres plus bas et ne rejoint les nerfs utéro-ovariens qu'un peu au-dessus des artères iliaques. Le tronc utéro-ovarien ainsi formé pénètre ensuite dans le ligament suspenseur et croise avec lui le détroit supérieur du bassin ; il plonge, enfin, dans le pelvis avec les vaisseaux et atteint l'angle supéro-externe du ligament large. Presque immédiatement, le tronc utéro-ovarien donne une branche tubaire et des branches ovariennes, au nombre de deux ou trois, qui gagnent la partie moyenne du hile de l'ovaire, puis il s'épanouit au niveau du ligament utéro-ovarien en cinq ou six petits filets terminaux qui viennent se distribuer à la corne utérine. D'après Hovelaque, il n'y a aucune anastomose entre ces filets et ceux qui, venant du plexus hypogastrique, accompagnent les vaisseaux utérins.

Ainsi, une incitation née au niveau des annexes va se propager suivant les nerfs utéro-ovariens ; de là, d'après STANCA, elle pourra suivre deux trajets différents :

a) L'influx nerveux passerait dans le plexus sympathique qui entoure l'artère spermatique, puis gagnerait, par son intermédiaire, le sympathique périaortique et, avec lui, remonterait tout le long de l'aorte, franchsisant le diaphragme jusque dans le thorax et atteindrait ainsi, par les rami communicantes, les nerfs intercostaux supérieurs. « Ainsi, dit STANCA, ce réflexe peut être rapproché des réflexes viscéro-sensitifs de l'angine de poitrine ; dans ces cas, l'indice douloureux part du cœur d'où il sort par ses différents nerfs sensitifs anostomosés au grand sympathique dorsal et, ainsi, par les rami, passe jusqu'aux nerfs spinaux vers la 7e cervicale et la première dorsale où il se termine. C'est ainsi que la douleur est perçue dans le territoire de ces racines et dans la partie interne du bras en particulier. »

b) Suivant une deuxième hypothèse, l'incitation centripète, suivant les nerfs utéro-ovariens, gagnerait les nerfs intermésentériques anastomosés avec les nerfs lombaires, provoquant ainsi des douleurs rénales, ou bien, par l'intermédiaire du plexus rénal, elle gagnerait le plexus solaire et, par les nerfs splanchniques, aboutirait ainsi aux six derniers nerfs intercostaux, peut-être même au cinquième. Là, les filets sympathiques vont s'articuler, au niveau du ganglion spinal ou de la corne latérale de la moelle, avec le système de la vie de relation, et l'excitation, gagnant ainsi les centres supérieurs, déterminerait une perception douloureuse consciente qui sera rapportée non pas aux annexes, mais au territoire périphérique des derniers nerfs intercostaux.

Pour HEAD, la topographie cutanée des douleurs annexielles serait moins étendue ; cet auteur a établi, par les simples données de la clinique, que les nerfs de l'ovaire tiraient leur origine du 10e segment dorsal de la moelle, ceux de la trompe des 11e et 12e.

Ainsi, d'après cet auteur, les dermatomes des annexes s'étendraient de D10 à D12 ou L1.

Cet auteur a, en outre, signalé que la 2e racine cervicale pouvait livrer passage à des voies de la sensibilité de l'ovaire, il aurait fait cette constatation à l'occasion de douleurs cervico-nuchales ressenties au cours de certaines affections de cet organe.

Lorsqu'on étudie le tableau des racines rachidiennes par lesquelles passent les voies de la sensibilité des principaux viscères, on ne peut s'empêcher de remarquer que tandis que, pour presque tous les viscères, la détermination de ces racines a pu être faite à la fois par la clinique (HEAD, MACKENZIE, DEJERINE, LEMAIRE) et par la méthode des anesthésies para-vertébrales (KAPIS, LEAWEN et MANDL) pour l'ovaire et les trompes, elle n'a pu être faite que très empiriquement par HEAD qui a utilisé les seules données de la clinique. C'est dire les inconnues qui planent encore sur cette question.

L'étude que nous venons de faire de la sensibilité des annexes ne nous permet pas d'expliquer certaines douleurs cutanées situées au-dessus de la zone du thorax inférieur. Comment expliquer les douleurs plus haut situées ; quelles sont en un mot les raisons du décalage considérable entre le siège des douleurs scapulaires ou cervico-nuchales et la topographie des dermatomes qui découle des travaux de HEAD ?

3° *Le décalage entre le siège élevé des douleurs des annexes et la topographie classique de leurs dermatomes.*

Ce décalage n'est pas spécial aux douleurs annexielles. Ainsi RAMOND et CHÊNE, au cours des cholécystites, ont observé des douleurs franchement occipitales apparaissant spontanément et irradiant vers la nuque jusqu'aux premières vertèbres dorsales, tandis que le dermatome de la vésicule biliaire ne s'étendrait, après HEAD, que de D_7 à D_{10}. L'explication de cette douleur élevée paraît délicate et ces auteurs supposent que « l'incitation viscérale, transmise par le sympathique, peut très bien, lors de son raccord avec la sensibilité cérébro-spinale, et lors de sa projection au niveau du territoire cutané qui répond au segment médullaire primitivement touché, déborder les limites de la projection cutanée de ce territoire ». De même, BUCHMANN a décrit récemment dans l'appendicite chronique la dilatation active de la pupille droite par excitation du centre cilio-spinal d'origine mécanique ou toxique par la voie sympathique suivant les cordons latéro-vertébraux. Or, l'appendice a un dermatome qui se projette entre D_{12} et L_1 et nous voyons cependant qu'il peut donner lieu à des phénomènes réflexes par excitation du premier segment médullaire dorsal, siège du centre cilio-spinal.

Comme les auteurs précédents, nous en sommes presque uniquement réduits dans le domaine des annexes aux seules hypothèses.

Peut-être peut-on admettre la voie de conduction suivant le nerf vague qui prendrait part à la constitution du plexus solaire et, par suite, à celle des plexus secondaires qui en dépendent (rénal, mésentérique, hypogastrique). Doit-on supposer avec STANCA que la propagation de l'influx nerveux a lieu

suivant le plexus sympathique péri-aortique qui le conduirait jusqu'à la partie supérieure du thorax ?

Une explication assez séduisante nous a paru pouvoir être retenue après la lecture d'une observation de DANIELOPOLU, RADOVICI et CARNIOL : ces auteurs, comprimant les globes oculaires d'un sujet atteint de lésion de la moelle dorsale inférieure, ont obtenu chez lui la triple rétraction des membres inférieurs. Pour expliquer ce phénomène ils invoquent l'intervention de réflexes en cascade se succédant les uns les autres, sans discontinuité. En serait-il de même dans le domaine de la sensibilité douloureuse ; l'influx venant des annexes et atteignant le 10e segment dorsal ne pourrait-il pas être transformé « in situ » et devenir le point de départ d'un deuxième réflexe sensitif aboutissant à la perception d'une douleur dans la partie supérieure du thorax ?

PETIT-DUTAILLIS, pour expliquer les réflexes à distance en gynécologie, invoque la *répercussivité sympathique* d'A. THOMAS, c'est-à-dire le retentissement à une distance parfois très grande d'un stimulus venu de la périphérie d'un viscère. Il étudie les diverses conditions générales de structure du système autonome grâce auxquelles l'hypersensibilisation du sujet aidant, apparaîtra à l'état morbide le réflexe par répercussivité qui se substitue souvent au réflexe simple. Il conclut que, grâce à ses connexions axiales, grâce aux anastomoses inter-ganglionnaires, grâce à la forte déviation vers le haut de ses fibres efférentes qui émanent du pelvis, « le système sympathique est construit de façon à généraliser et à diffuser son stimulus tout en le transformant. Le recevant en un point de ses centres axiaux, il en envoie une partie plus haut, dans la moelle et jusque dans le cortex ; le reste, trans-

formé « in situ », est retourné dans cet état aux viscères et au soma ».

KRAUL estime que « la multiplicité des localisations douloureuses des viscères s'explique par le fait que les noyaux de la moelle dorsale, disposés en colonnes dans les cornes postérieures, sont réunis les uns aux autres par des fibres collatérales, et cette disposition explique l'atteinte de plusieurs segments voisins ».

N'y a-t-il pas une certaine analogie entre les douleurs élevées et le « *phénomène de* VULPIAN » ? On sait qu'il consiste en des troubles sympathiques, sensitifs ou vaso-moteurs des membres supérieurs dans les affections de la région dorsale inférieure de la moelle.

FORGUE, traitant de la douleur des viscères en général, invoque « la diffusion au niveau des centres et les irradiations aux segments médullaires voisins ».

LAPINSKY estime que ce décalage trouve une explication suffisante dans les données de l'embryologie : « Une hyperesthésie occasionnelle de la zone cutanée thoracique peut s'expliquer embryologiquement. En effet, les canaux de MULLER et DE WOLFF, c'est-à-dire le pronephros et le mesonephros, ainsi que tous les autres organes primordiaux, se trouvaient autrefois chez l'embryon au niveau du pôle crânien et sont vraisemblablement restés liés aux racines des nerfs des métamères dorsales supérieures. »

Enfin, ne pourrait-on pas appliquer aux réflexes viscéro-sensitifs les lois que PFLUGER a formulées à propos des réflexes simples, en particulier la loi de l'irradiation des excitations à des groupes de neurones de plus en plus nombreux et de plus en plus éloignés ?

Parmi toutes ces hypothèses, aucune ne semble à elle seule devoir emporter la conviction et une conclusion se dégage de ces théories invoquées pour expliquer le siège de cette douleur cutanée élevée, témoin et conséquence de la douleur viscérale : « Jusqu'à présent en la matière, ni l'anatomie, ni la physiologie n'ont apporté la lumière au clinicien pour sortir du domaine des pures doctrines. » (LEMAIRE.)

4° *Le retard à la perception douloureuse*

Le caractère tardif de la douleur observé dans certaines circonstances nous a paru facile à comprendre dans les deux premières séries d'observations : dans les cas d'inondation péritonéale, il est lié, selon DEWES, au temps que met le sang pour parvenir jusqu'à la coupole diaphragmatique ; dans le cas d'hématocèle médiane il est dû, selon notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, au temps que met le Douglas à se remplir de sang.

Dans les cas où seules les annexes sont lésées, l'explication nous a paru plus délicate : nous rappellerons que, dans le concept du réflexe viscéro-sensitif, MACKENZIE s'est attaché à mettre en valeur la très grande importance des foyers « *d'irritation médullaire* », au point où se fait le raccord entre les deux systèmes sympathique et cérébro-spinal, et qui seraient produits par des incitations répétées et intenses d'origine viscérale. Selon lui, « une excitation même légère arrivant à un centre déjà fortement ébranlé sera grossie comme le faisceau lumineux à travers une lentille et se traduira par une sensation douloureuse ». Pourquoi ne pas admettre, dès lors, que : *le retard à la perception de la douleur élevée, c'est le temps nécessaire à la création d'un état d'irritabilité médullaire ?* Certains

faits semblent plaider en faveur de cette conception : témoin cette observation de péri-métro-salpingite où la douleur de l'épaule n'apparut qu'une dizaine de jours après le début des douleurs pelviennes ; d'ailleurs, à partir du jour où elle se manifesta, elle accompagna constamment la douleur pelvienne, vérifiant ainsi cette loi bien connue en pathologie végétative que, *dès qu'un réflexe anormal s'est constitué, il suffit d'une cause de plus en plus minime pour le réveiller à nouveau,* « la douleur édifierait une zone d'irritation médullaire que des excitations de plus en plus légères suffiraient à réveiller » (LICHTWITZ).

5° *Les douleurs croisées*

Nous rappellerons qu'elles sont connues depuis quelque temps déjà dans d'autres domaines viscéraux que celui des annexes :

On connaît la douleur à gauche de l'appendicite.

Le point de côté pneumonique du côté sain est classique.

On a décrit souvent la douleur du côté sain dans la lithiase rénale (GUYON, PAPIN) ; à ce propos nous rappellerons une observation récente de BERNASCONI concernant une femme atteinte de pyélonéphrite gravidique et chez laquelle on constatait l'existence d'une rétention de 180 gr. d'urine du côté droit. Or, la malade ne se plaignait que du côté gauche où le rein était sain.

BENHAMOU a signalé la douleur vésiculaire dans les cas de rate mycosique.

Récemment, RAMOND et CHÊNE ont signalé la douleur à gauche dans la cholécystite : « C'est, disent-ils, au niveau de la moelle qu'il faut chercher l'explication de ce croisement » ; mais la pathogénie qu'ils en donnent n'est pas poussée plus loin.

Buchmann, dont nous avons déjà cité la publication sur l'existence d'une mydriase droite dans les cas d'appendicite chronique et qui a observé aussi ce phénomène du côté gauche, écrit dans son travail : « En ce qui concerne les cas de dilatation pupillaire gauche, ils s'expliquent aisément lors de l'appendicite par les variations dans le cours des troncs nerveux sympathiques de la partie inférieure de l'abdomen. D'après les expériences de Byrne, il est possible de provoquer l'anisocorie d'un côté par toutes les lésions expérimentales des organes pairs du même côté et se trouvant plus haut que le 10e segment dorsal, et l'anisocorie du côté opposé par la lésion de quelques organes, habituellement innervés de la part de la moelle plus bas que le 10e segment dorsal. »

Dans la sphère génitale, ces douleurs croisées ont été d'abord signalées par notre Maître, M. le Professeur Laffont, dans les épanchements sanguins du Douglas : il s'était demandé alors si l'irritation des annexes du côté opposé au côté lésé par le sang épanché ne pouvait expliquer la douleur croisée.

Muret, qui les avait signalées dans les lésions de paramétrite, croit voir « dans la localisation croisée une preuve même de la nature réflexe de la douleur ».

Pour Petit-Dutaillis « quand, dans les cas d'annexite chronique bilatérale, ancienne, massive, fixée, indolore, on trouve une douleur de l'autre côté, où ne se décèle aucune tuméfaction sous le doigt, nous disons qu'il y a *douleur paradoxale ;* l'explication est simple, sans mystère, et la laparotomie la démontre ordinairement : la malade ne souffre pas du côté de la lésion reconnue parce que celle-ci n'est pas mobilisable, que des destructions nerveuses y sont consommées ; elle souffre de l'autre côté, sous vos doigts, parce que vous mobilisez les adhérences ». Il écrit,

par ailleurs, à propos du « *réflexe paradoxal* » : « D'ordinaire, les malades extériorisent la douleur venue d'un viscère lésé du même côté de ce viscère et dans le même métamère, c'est-à-dire dans le segment périphérique innervé par le même segment médullaire. Mais, parfois, elles signalent cette douleur spontanée du côté opposé à la lésion, c'est *la douleur paradoxale*. On en a donné des raisons bien confuses, anomalies des conducteurs, hypersensibilisation de l'appareil central symétrique, anastomoses anormales, réflexes à court circuit ganglionnaire. »

Effectivement, l'anatomie suffirait à elle seule à nous expliquer, par l'étude du sympathique des annexes, la localisation croisée des douleurs prenant naissance à leur niveau. SEGOND, dans sa thèse sur « *L'innervation des organes génitaux de la femme* », a consacré un chapitre aux anastomoses : « L'étude des divers embranchements et directions multiples que prennent les filets nerveux condensés au départ, leurs anastomoses préaortiques d'un côté à l'autre, nous ont semblé pouvoir expliquer certaines douleurs à distance et certaines douleurs croisées si fréquentes en gynécologie. »

La chirurgie elle-même s'exerçant d'un seul côté a pu parfois guérir des lésions symétriques et FORGUE écrit dans son article sur « *La douleur des viscères* » : « Il est à remarquer que dans la chirurgie des membres la sympathectomie unilatérale peut agir thérapeutiquement sur le côté opposé et il est possible, en conséquence, à la suite d'une ramisection unilatérale, d'escompter des effets contro-latéraux. Et de fait, VON GAZA, dans ses interventions initiales, s'est borné à un seul côté. »

Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'étude des douleurs élevées. Certes, elles sont loin d'avoir une rigueur scientifique et très souvent il nous a été difficile de sortir d'un domaine purement doctrinal. Parfois, nous avons raisonné par analogie avec ce que nous savions des douleurs élevées dans les autres domaines viscéraux où, d'ailleurs, règne aussi la même imprécision en raison du caractère essentiellement subjectif de la douleur et de ses difficultés d'analyse.

Les recherches expérimentales sur l'animal n'ont pas pu être mises en œuvre, néanmoins nous pensons qu'il ne faut pas les abandonner complètement. Des dispositifs expérimentaux ont été réalisés, avec beaucoup de difficultés il est vrai, par GUBERGRITZ, ISTSCHENKO et GOLDSTEIN sur le cholédoque : ces auteurs ont pu, après énervations partielles et successives de ce conduit, étudier l'action de la distension du pincement, de l'électrisation, etc... Nous pensons donc, qu'il n'est pas impossible de réaliser pour la trompe de pareils dispositifs dans l'étude des voies de conduction douloureuses suivant les plexus utéro-ovariens.

Mais les meilleures expériences, celles qui en tout cas seront, nous le pensons, le moins sujettes à caution nous sont offertes par les interventions chirurgicales. Nous avons vu que les auteurs allemands, STANCA en particulier, ont provoqué fortuitement une douleur élevée de l'épaule par pincement du ligament infundubulo-ovarien ou de certaines portions de la trompe. Il nous faut multiplier ces constatations au cours des interventions chirurgicales. Il nous faudra aussi analyser minutieusement l'existence de douleurs élevées chez des femmes ayant subi des énervations de l'ovaire ou des sections du nerf présacré.

En somme, sous ce rapport, l'avenir semble surtout réservé à la chirurgie humaine pratiquée sous rachianesthésie ou anesthésie paravertébrale.

Bibliographie

En raison des modestes ressources de la bibliothèque universitaire d'Alger, nous n'avons pu lire tous les mémoires des auteurs étrangers que nous citons. En particulier, pour certains auteurs anglais et américains, nous *avons dû nous contenter d'analyses.*

ABUREL. — La topographie et le mécanisme des douleurs de la gestation et du post-partum (*Soc. Biol.*, 1930, T. CV, n° 35, p. 759).

ABUREL. — La topographie et le mécanisme des douleurs de l'accouchement avant la période d'expulsion (*Soc. Biol.*, Tome CIII, 1930, n° 11, p. 902).

ABUREL ET NEOUSSIKINE. — Recherches sur la chronaxie sensitive des perforants antérieurs et postérieurs des nerfs rachidiens (*Soc. Biol.*, Tome CV, 1930, n° 36, p. 820).

ALBERTIN. — Le cri du Douglas (*Soc. de Chir. de Lyon*, 26 janvier 1923).

L. BARD. — Du mécanisme physiologique de la localisation superficielle des douleurs viscérales et leurs localisations croisées (*An. de méd.*, juillet 1928).

J. BARRE ET SCHRAPF. — Troubles sympathiques (moteurs, vaso-moteurs et sensitifs) des membres supérieurs dans les affections de la région dorsale moyenne ou inférieure de la moelle (*Rev. Neur.*, 1920, n° 3, p. 225).

J. BARRE. — Remarques sur la sensibilité à la douleur du sympathique (*Rev. Neur.* n° 6, juin 1926, p. 1046).

BERTRAND. — Le cul-de-sac de Douglas ; essai de synthèse anatomo-clinique (*Thèse de Toulouse*, nov. 1926).

BONNET. — Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale (*Gynécologie et obstétrique*, 1925, n° 1).

BOVET. — L'anesthésie des viscéralgies (*Thèse de Genève*, 1926).

BUCH Max. — La sensibilité du sympathique et du pneumogastrique envisagée spécialement au point de vue de la sensibilité à la douleur dans la cavité abdominale (*Arch. f. Anat. Physiol. et path. génér.*, 1901, t. III, p. 831).

Sur les névralgies du sympathique (*Gaz. des Hôp. de Batkine*, 1901).

CASSIDY. — *The Irish J. of the Sc.*, n° 38, mars 1925.

CATTOIR. — Rhumatisme vertébral chronique et viscéralgies (*Thèse Alger*, 1931).

CHOYAU. — Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire (*Thèse Paris*, 1896, Obs. LVIII).

G. CONSTENSOUX. — Etude sur la métamérie du système nerveux (*Thèse Paris*, 1900).

CORNERE. — Schoulder points on indication ruptures ectopic ptegnancy (*Boston med. and. surg. Journal*, 1924, n° 1112).

COSTANTINI. — A propos de 2 cas de rupture tubaire avec douleur haute (*Soc. d'Ob. et de Gyn. d'Alger*, 11 juin ; *in bul'. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 638).

G. COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (*Masson*, édit., 1928).

CROWELL. — Douleur associée aux états pathologiques de l'appareil génito-urinaire (*Surg. Gyn. and Obst.*, n° 2, fév. 1924).

DANFORTH. — Referred pain in the shoulder tubal pregnancy (*Am. J. of. Obst. and Gyn.*, n° 6, 1926, p. 883).

DANIELOPOLU, RAVOVICI ET CARNIOL. — Réflexes viscéro-moteur, cutanéo-moteur et oculo-viscéro-moteur (*Rev. Neur.*, mars 1922, p. 249-269).

DANIELOPOLU. — Recherches sur la sensibilité viscérale. Possibilité d'améliorer l'angine de poitrine par la résection des racines postérieures ou des nerfs spinaux correspondants (*B.S.M.H. Paris*, 1923, 1er juin, p. 778).

DANIELOPOLU ET M. HRISTIDE. — Recherches sur la sensibilité cardiaque. Possibilité d'améliorer l'angine de poitrine par la résection des racines postérieures ou des nerfs spinaux (*B.S.M.H. Paris*, 19 janvier 1925).

L. DAVIS, J.-T. HART et R.-C. GRAI — Voies suivies par les impulsions viscérales afférentes ; dilatations expérimentales des canaux biliaires (*Surg. Gynec. obst.*, mai 1929, p. 647 à 651).

DEJERINE. — Sémiologie des affections du système nerveux (*Masson*, 1926, p. 747).

DEWES. — Sur la douleur de l'épaule comme symptôme de la rupture de la grossesse tubaire (*Zentral f. Gyn.*, 16 sept. 1922, p. 1482).

R. DIEULAFE, M. ESCAT et A. VALAT. — Introduction à l'étude des systèmes sympathique et parasympathique (*Toulouse Médical*, n° 9, 1930).

DUBOUCHER H. — Grossesse tubaire récidivée (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1925).

DUMAS. — La douleur (*Bull. Méd.*, 25 janv. et 1er février 1930).

ELOY Ch. — Article « Douleurs » (*In Dict. Encyc. des Sc. Méd. de Dechambre*).

ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE. — Tome VI, Gynécologie Art. Douleur, p. 44-45.

FARRAR. — Interprétation of pain in surgical emergency (*New-York Médic. Journ.*, n° 212, juillet 1913).

J.-L. FAURE et SIREDY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale (*Doin*, édit., p. 67 et 1272, 1928).

FELIX. — La douleur élevée en gynécologie (*Deut Zeit. f. Ch.*, t. CLXXI, 1922).

FERRARI. — Les douleurs élevées dans les salpingites aiguës (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 11 fév. 1928 ; *in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 566).

FOERSTER. — Les voies de conduction de la douleur et le traitement chirurgical des états douloureux (*Sonderboend zu Brun's Beit z. Klin. Chir. Berlin*, 1927, Urbau et Schwarzenberg).

R. FONTAINE. — Sur la douleur et son traitement chirurgical (*Gaz. des Hôp.*, 1927, nos 71-72-73).

FORGUE. — La douleur des viscères (*Gaz. des Hôp.*, 1926, nos 89 et 91).

FRANÇOIS-FRANCK. — Article « Sympathique » (*Dictionnaire de Dechambre*).

GAUTRET ET GONCHERES. — Rupture de grossesse tubaire et douleur tardive , élevée (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 14 déc. 1926 ; *in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 133).

P. GILIS. — Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme (*Masson et Cie*, 1927).

P. GILIS. — Notes sur les voies conductrices des diverses sensibilités, de la sensibilité douloureuse en particulier (*Arch. Soc. des Sc. Méd. et Biol. Montpellier*, janv. 1929, p. 8).

GUILLAUME. — Le sympathique et les systèmes associés (*Paris, Masson, éd.*, 1922).

GUILLEMIN. — A propos de la douleur tardive élevée dans une grossesse extra-utérine (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, mai 1924, p. 321).

HALBAN. — Die hyperalgesie der Bauchdeck en (*Zentral f. Gyn.*, n° 35, 1920).

— La douleur et sa signification dans le diagnostic différentiel en gynécologie (*Wiener med. Wochen*, 1925, LXXV, p. 27-31-44).

HEAD. — Réflexe viscéro-sensitif (*in Brain*, 1894-1895-1896)

HERSCHAN. — Sur le diagnostic différentiel des douleurs organiques et fonctionnelles en gynécologie (*Médizin. Klinik*, n° 24, 15 juin 1924).

HERTZFELD. — Symptomatologie de la rupture tubaire extra-utérine (*Zent. fur Gyn.*, 31 mars 1923, p. 517).

A. HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système grand sympathique (*O. Doin, édit.* 1927, p. 760 et suivantes).

L. JACQUET. — Hémi-hyperesthésie névro-musculaire avec transfert (*Soc. méd. Hôp.*, 1899, p. 452).

JAYLE. — Le réflexe de l'esplanade ou réflexe pelvien (*La Presse médicale*, 22 août 1923, p. 725).

L. KRAUL. — Uber das Rücken und Seitenstechen bei Adnexeutzüngen (*Zent. fur. Gyn.*, 1926, n° 1).

LAFFONT. — La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, déc. 1919, p. 232).

— La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine (*La Presse méd.*, 23 février 1924).

— Au sujet de la douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine rompue (*Le Sud méd. et chir.*, n° 2046, 15 avril 1925).

A. LAFFONT ET H. EZES. — Des phénomènes sensitifs cutanés à distance en gynécologie (*Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, juin 1930).

LAFFONT, HOUEL ET CORTES. — Une observation de douleur tardive élevée de type croisé dans un cas de rupture tubaire (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 13 fév. 1926 ; *in Bull. de la Soc. Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 286).

LAFFONT ET LARRIBERE. — A propos de 3 cas de douleur élevée dans les affections annexielles (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 11 fév. 1928 ; *in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 575).

LAIGNEL-LAVASTINE. — Le sympathique (*Journ. Méd. Franç.*, février 1924).

— Pathologie du sympathique (Paris, 1924).

— Réflexes sympathiques viscéraux (*Gaz. des Hôp.*, n° 96, 1923).

LANDA ET SGORZABAL. — La douleur en gynécologie (*La Prensa med. argentina*, 20 juin 1923).

LANGERON. — Remarques sur le traitement des angines de poitrine par l'injection de Stovaine « Loco Dolenti » (*Presse Médicale*, 11 avril 1931).

LAPINSKY. — Ueber die metamere Vertheilung der bei den Er rankung der Organe des kleinen Beckens auftretenden peripheren Schmenerzen (*Arch. fur Gyn.*, LV, 1914, p. 174)

— A propos du mécanisme de l'irradiation dans le bras droit des douleurs issues des viscères du petit bassin (*Zeitschr. die ges Neurol. u. Psych.*, CV, 1926, p. 140).

LATARJET ET ROCHET. — Le plexus hypogastrique chez la femme (*Gyn. et Obst.*, 1922, p. 225).

LEBAR. — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes (*Paris, Vigot, éd.*, 1906).

LEMAIRE. — Recherches cliniques sur le mode de perception des douleurs viscérales (*Bull. Acad. de Méd. de Belgique*, 5 série, 1926, t. VI, p. 158).

— Recherches cliniques sur le mécanisme des douleurs viscérales (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, 5 série, 1926, p. 307).

— Le problème de la sensibilité viscérale et l'anesthésie des splanchniques (*Louvain*, Paris, 1928).

— L'aire douloureuse des viscéropathies (*Rev. Belge Sc. Méd.*, janv. T. I., n° 1, p. 3).

LERICHE. — La résection du sympathique a-t-elle une influence sur la sensibilité périphérique ? (*Rev. de Chir.*, 1922, p. 553-569).

— La chirurgie de la douleur (*Pres. Méd.*, 20 avril et 4 mai 1927).

— Recherches et réflexions critiques sur la douleur, sur les mécanismes de production et sur les voies de la sensibilité douloureuse (*Pres. Méd.*, 3 janv. 1931).

R. LERICHE ET R. FONTAINE. — Quelques faits nouveaux touchant l'anatomie normale du sympathique (*Pres. Méd.* 10 juillet 1929, p. 903).

A. LICHTWITZ. — Les algies viscérales (*Thèse Paris*, 1928).

— La thérapeutique dermique dans le traitement des douleurs viscérales (*L'Hôpital*, sept. 1929).

LÖMER. — Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynekologie (*Bergmann, édit. Wiesb.*, 1899).

MACKENZIE. — Les symptômes et leur interprétation (*Paris, Alcan, édit.*, 1920).

MATHIEU ET GUIBAL. — Phénomènes douloureux paradoxaux et douleur tardive élevée dans un cas de grossesse tubaire (*Bull. de la Soc. d'Obst, et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 395).

— A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de la grossesse tubaire (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, p. 661).

H. MICHEL-BECHET (d'Avignon). — Le problème de la sensibilité viscérale et de la sensibilité douloureuse en général. Le rôle du sympathique dans la transmission et la perception de la douleur (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, janvier-février 1930).

MICHEL ET VERMELIN. — Grossesse extra-utérine rompue, douleur épigastrique (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925, p. 611).

MICHOLITSCH. — Douleur croisée de l'épaule, signe de grossesse extra-utérine (*Wiener Med. Woch*, n° 9, 25 fév. 1928).

MORAT ET DOYON. — Traité de Physiologie.

MONDOR. — Diagnostics urgents. Addomen, p. 618 (*Masson et Cie*, 1930).

MURET. — De la localisation habituelle ou paradoxale de certaines douleurs en gynécologie (*Gyn. et Obst.*, t. VII, n° 2, 1923).

Mme NICOLESCO, née MANIU. — Contribution à l'étude des symptômes douloureux par atteinte des relais cellulaires de la sensibilité (*Thèse Paris*, 1924).

OEHLECKER. — Auf der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen in Hambourg (1913).

OPITZ. — Zur Bewertung des Schmerzes bei Frauenleiden *Zeits f. Geburts und. Gyn.*, t. LXXXI, 1920).

ORTNER. — Symptomatologie clinique des maladies internes (*Vienne*, 1923).

PERY, BOURSIER ET MANGE. — Rupture de grossesse tubaire, douleur épigastrique (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 131).

PETIT-DUTAILLIS P. — Le facteur sympathique dans les troubles purement fonctionnels et trophiques en gynécologie (*Vigot frères*, Paris, 1925 et *La Gynécologie*, déc. 1924, janv. 1925).

PHELIP. — Grossesse tubaire gémellaire rompue, douleur (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1920, p. 412)

PICQUE. — La douleur en chirurgie (*Arch. Gén. de Chirurgie*, t. VII, n° 10, 25 oct. 1913).

PIERI (Gino). — Expériences chirurgicales sur le système nerveux viscéral de l'homme (*Presse Méd.*, 15 sept. 1928).

PROFANTER. — Urber tussis uterina und Neurosen biel gynakologieschen Erkrankungen uberhaupt (Wien, J. Safer édit., 1894).

PSAKSCHT. — Die Wertung desseg Phrenikus Symptoms bei unterbrochene extra-utérine graviditat (*Monatsch f. Geburts und Gynak*, janv. 1929).

RAMOND (Félix) et CHENE (Paul). — Quelques irradiations douloureuses peu connues au cours des cholécystites (*Presse Méd.*, 22 juin 1929).

RICHET (Ch.). — Article « Douleur » (*In Dict. de Phys.* de Ch. Richet).

— Traité de Physiologie médico-chirurgicale (Paris Alcan, 1921).

RIST (E.). — Etude séméiologique sur les douleurs thoraciques et plus particulièrement sur celles que provoquent les affections de l'estomac (*Annales de Médecine*, oct. 1930, p. 201).

RIOTTE. — Avortement tubaire et inondation péritonéale (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 1925, p. 120).

ROCH ET FROMNEL. — L'anesthésie locale sous-cutanée dans le traitement des douleurs d'origines viscérale et séreuse (*Presse Méd.*, 26 mars 1927).

ROCHE. — Schoulder pain in ruptured ectopic gestation (*Clen Guou London* 1925, p. 2.513).

ROSS. — On the segmental distribution of sensory disorders (Brain, t. X, 1888, p. p. 333-361).

ROUX (J.-Ch.). — Les lésions du système grand sympathique dans le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale (Thèse de Paris, 1900).

SABATIER. — La douleur tardive élevée dans la rupture tubaire (Thèse de Paris, 1925).

SEGOND. — L'innervation de l'appareil génital de la femme (Thèse de Paris, 1926).

SICARD. — Les algies et leur traitement (*In Questions neurologiques d'actualité*, Masson et Cie, Paris, 1922).

SICARD ET LICHTWITZ. — Le rôle du derme dans le traitement des algies viscérales (*La Presse Médicale*, n° 34, 27 avril 1929).

SMITH. — Douleurs associées aux affections gynécologiques (*Surg. Gyn. and Ob.*, n° 2, février 1924).

SODERBERGH. — Sur les moyens actuels d'exploration du système sympathique en clinique et leur valeur (Rapport à la VII[e] réunion neurologique internationale, *Revue neurologique*, juin 1926).

STAJANO (CARLOS). — Réaction phrénique et infection génitale (*Gyn. et Obst.*, 1922, t. VI, p. 44).

STANCA. — A propos des douleurs réflexes à distance dans les maladies gynécologiques (*Zentralblatt fur Gynekologies* 1927, n° 15, p. 922-926).

THOMAS (André). — L'épreuve de la sinapisation dans les affections du système nerveux (*Presse Méd.*, 8 oct. 1927, n° 81).

— Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur (Rapport à la VII[e] réunion neurologique annuelle (*Revue Neur.* juin 1926).

— La répercussivité sympathique (*Pres. Méd.*, 31 juillet 1920).

— La réflectivité sensorio-affective et la répercussivité (*Pressse Méd.*, 16 mars 1927).

THOMAS. — A propos du diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les premières semaines. (*Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1922).

VERGER. — Sur une modification du schéma de Lemaire pour la conception physiologique du réflexe de Mackenzie (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1927, n° 27).

VERGER ET DE GRAILLY. — Leçons sur quelques syndromes neuro-végétatifs et les sympathalgies viscérales (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mars 1928, n° 5, p. 175 à 189).

VERGOZ ET Mlle PLANTY. — Grossesse tubaire rompue (*Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 10 mars 1925).

VOLMAT. — Les douleurs tardives élevées comme symptômes de rupture de grossesse tubaire et d'inondation péritonéale (*Revue Méd. de la Franche-Comté*, 15 mars 1927).

VIRGIL IONESCU. — Considération sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue (*Révista de Obst. Gin. si Puericultura*, Bucarest, 1924).

WEISS ET DAVIS D. — La signification des impulsions afférentes de la peau dans le mécanisme de la douleur viscérale et l'infiltration cutanée en tant que thérapeutique utile (*An. J. Méd. Sc.*, oct. 1928 ; *Analyse Arch. Mal Ap. Dig.*, 1929, n° 6, p. 761).

Conclusions

1° Dans les affections annexielles, à côté du syndrome douloureux pelvien, il n'est pas rare d'observer des douleurs apparaissant à distance du foyer génital dans les régions thoracique, scapulaire ou cervico-nuchale. Leur existence a été consacrée par de nombreux travaux. Les étrangers, en particulier, les ont désignées sous le nom de « phénomène ou signe de Laffont », cet auteur ayant, le premier, attiré l'attention sur elles.

2° La topographie de ces douleurs et la coexistence de toute une symptomatologie cutanée permettent de rapporter leur siège au tégument.

3° Elles traduisent des faits de nature différente et, par suite, ne sauraient recevoir une interprétation univoque :

a) dans quelques cas indiscutables où il existe un épanchement liquide ou gazeux atteignant le diaphragme, elles sont l'expression de la névralgie phrénique ;

b) Mais dans des cas plus nombreux, qu'il s'agisse d'épanchements limités au pelvis, ou d'une atteinte isolée des annexes sans épanchement, ni réaction péritonéale, on peut admettre que ces algies cutanées à siège élevé sont des douleurs cérébro-spinales parvenant au système nerveux, par l'intermédiaire du sympathique, suivant le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif de Ross, Head *et* Mackenzie.

4° Nous pourrons donc, en général, définir la douleur élevée dans les affections des annexes :

« Une réponse de la moelle dorsale, supérieure ou inférieure, aux incitations centripètes émanées de ces organes ».

6° Quant au décalage considérable entre le siège très élevé de certaines de ces douleurs, et la projection cutanée des annexes, les données embryologiques ne suffisent pas à l'expliquer ; la diffusion du stimulus adéquat, la répercussivité sympathique, l'intervention du Nerf Vague, nous semblent devoir jouer dans ces cas un rôle prépondérant.

7° L'étude que nous présentons dans ce travail ne constitue qu'une ébauche qui doit être précisée et amplifiée, une amorce pour de nouvelles recherches. En raison de ses difficultés de réalisation et d'interprétation, l'expérimentation ne paraît pas devoir éclairer le clinicien ; l'avenir semble plutôt appartenir à la chirurgie humaine.

Vu : *Le Président,*

LAFFONT.

Vu : *Le Doyen,*

LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 9 juin 1931.

Le Recteur,

TAILLIART.